

А.А. Жебентяев

**УРОЛОГИЯ
ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Витебск, 2008

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет»**

А.А. Жебентяев

**УРОЛОГИЯ
ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Пособие**

Витебск, 2007

Библиотека ВГМУ



0 0 0 4 9 8 9 2

УДК 616.6(075)
ББК 56.9я7
Ж 44

Рецензент:

зав. курсом урологии при кафедре госпитальной хирургии УО «ВГМУ», к.м.н.,
Заслуженный врач Республики Беларусь, доцент И.А. Шенн

Жебентяев, А.А.

Ж 44 Урология для врача общей практики. Пособие / А.А. Жебентяев. – Витебск: ВГМУ, 2008. – 144 с.

ISBN 978-985-466-267-1

2644 / 10

Пособие знакомит врачей с посиндромной диагностикой урологических заболеваний, дает характеристику врача общей практики, содержит сведения о физикальном обследовании, неотложных состояниях в урологии, тактике врача при выявлении урологического больного, диспансеризации и врачебной трудовой экспертизе урологических больных. Главное в деятельности врача общей практики – научиться выявлять в общем потоке урологических больных и сортировать их, правильно строить их последующий диагностический и лечебный маршрут и уметь оказывать неотложную помощь. Это тот необходимый минимум, которым должен обладать образованный общепрактикующий врач, чтобы не обнаружить свою беспомощность при первой же встрече с урологическим больным. Пособие предназначено для студентов старших курсов медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, врачей общей практики, врачей – стажеров по хирургии, участковых терапевтов, урологов, хирургов.

Витебский государственный
медицинский университет
БИБЛИОТЕКА

УДК 616.6(075)
ББК 56.9я7

Автор:

доцент курса урологии Витебского государственного медицинского университета,
к.м.н. Жебентяев А.А.

© Жебентяев А.А., 2008

© УО «Витебский государственный медицинский университет». 2008

ISBN 978-985-466-267-1

СОДЕРЖАНИЕ

Содержание	3
Перечень условных обозначений	5
Введение	6
Нужна ли урология врачу общей практики?	7
Характеристика деятельности врача общей практики	11
Возраст и урологические заболевания	15
Детский и подростковый период	15
Молодой возраст	19
Возраст 40-50 лет	23
Пожилой возраст (50-65 лет)	25
Старость (70 лет и выше)	28
Симптомы и принципы диагностики урологических заболеваний	31
Болевой синдром при заболеваниях почек	32
Болевой синдром при заболеваниях мочевого пузыря	35
Болевой синдром при заболеваниях предстательной железы и семенных пузырьков	37
Болевой синдром при заболеваниях уретры и полового члена	40
Болевой синдром при заболеваниях мошонки и её органов	41
Нарушения выделения мочи	43
Дизурия	44
Болезненное мочеиспускание	47
Затрудненное мочеиспускание	47
Задержка мочи	50
Недержание мочи	50
Мочевой синдром	53
Общие симптомы урологических заболеваний	57
Отёки	59
Синдром гипертензии	61
Физикальное обследование урологического больного	63
Осмотр и пальпация	63
Ректальное исследование	71
Неотложные состояния в урологии	75
Почечная колика	76
Острая задержка мочеиспускания	87
Анурия	93
Острые заболевания органов мошонки	96
Приапизм	98
Диспансеризация урологических больных	100

Роль общепрактикующего врача в диспансеризации.....	100
Частные вопросы диспансеризации	100
Диета, фитотерапия и санаторно – курортное лечение при урологических заболеваниях	108
Диетические рекомендации урологическим больным	108
Фитотерапия	112
Санаторно – курортное лечение	114
Врачебно-трудовая экспертиза при урологических заболеваниях...	121
Временная нетрудоспособность	121
Стойкая утрата трудоспособности – инвалидность	123
Литература.....	136

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВМП – верхние мочевые пути;
ДГП – доброкачественная гиперплазия простаты;
ИМП – инфекция мочевых путей;
ИНМ – императивное недержание мочи;
ИППП – инфекции, передающиеся половым путем;
ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент;
МВС – мочевыделительная система;
МКБ – мочекаменная болезнь;
МП – мочевого пузыря;
МПС – мочеполовая система;
НМ – недержание мочи;
НМП – нижние мочевые пути;
ОАМ – общий анализ мочи;
ОЗМ – острая задержка мочеиспускания;
ПМР – пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
ПСА – простатоспецифический антиген;
РМП – рак мочевого пузыря;
РПЖ – рак предстательной железы;
СНМ – стрессовое недержание мочи;
СПМ – спинной мозг;
УГН – уретерогидронефроз;
УЗИ – ультразвуковое исследование;
ХЗМ – хроническая задержка мочеиспускания;
ЧЛС – чашечно-лоханочная система;
ЧПНС – чрезкожная пункционная нефростомия.

ВВЕДЕНИЕ

В 90-е годы в СНГ много говорилось о «семейных» врачах, но кто такой семейный врач, каков круг его пациентов и обязанностей с практической точки зрения никто себе не представлял. Планировалась подготовка семейных врачей по специальной программе из студентов за 2-3 последних года обучения в институте, на курсах в институтах усовершенствования врачей, переделка участковых врачей на семейных, но прошли годы, а семейных врачей как не было, так и нет.

Существующая в настоящее время в Республике Беларусь участковая система была в своё время признана оптимальной для развивающихся стран. В развивающейся стране от принципов участковой медицины уйти невозможно, так как государство берет на себя все расходы на здравоохранение. Это нивелирует качество первичной помощи на уровне участка на каком-то усредненном и относительно невысоком уровне так называемой общеврачебной помощи. И все было бы неплохо, если бы понятие общеврачебной помощи не было сужено до понятия крайне урезанной общетерапевтической помощи. Общетерапевтическая помощь - это не общеврачебная помощь.

Если уйти от участкового принципа, то легче работать не станет – примером тому страны, где утвердилась система семейных врачей, там численность населения на одного врача выше, чем у нас. Кроме того, при участковом принципе массив обслуживания в большей мере обезличен, врач имеет дело с участком. При «семейном» принципе массив обслуживания превращается в конкретные семьи с их конкретными нуждами и бедами. В связи с имеющимися в настоящий момент потребностями встает вопрос о подготовке врачей другого уровня – врачей общей практики, в практической деятельности которых проблемы урологического больного стоят не на последнем месте.

В данном пособии по урологии отражены те проблемы, с которыми может встретиться врач общей практики. Представлен тот этап, на котором после освоения теории, можно применить свои знания и накопить опыт. На этом этапе нет специального инструментария, кроме своих глаз, пальцев и ушей, нет компьютеров и сложных лабораторно-диагностических комплексов. Возможно, это пособие поможет врачу общей практики в первичной диагностике, оказании первой общеврачебной помощи и построении правильного медицинского маршрута урологических больных.

НУЖНА ЛИ УРОЛОГИЯ ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ?

«И первый крик только что родившегося ребенка, и последний стон отходящего в вечность старца одинаково могут быть связаны со страданиями, исходящими из органов мочевой системы» (П.Д. Соловов). Уже в этой цитате имеется ответ на поставленный вопрос.

В настоящее время в медицинских университетах перестраивается высшее медицинское образование с целью формирования общепрактикующего врача широкого профиля, хотя подготовка продолжает вестись преимущественно по общей терапии и общей хирургии, что снижает качество оказания помощи населению.

Известно, что урология – хирургическая специальность, занимающаяся изучением и лечением заболеваний МВС у женщин и МПС у мужчин. Помимо хирургической коррекции приобретенных и врожденных аномалий, уролог принимает участие в диагностике и лечении многих терапевтических заболеваний органов МПС. Около 15% больных, впервые обращающихся к врачу, предъявляют жалобы урологического характера.

Говоря об урологии, нельзя согласиться с представлениями о ней, с одной стороны, как об «узкой» специальности, а с другой – как о небольшой боковой ветви хирургии. Представление об «узости» специальности может быть опровергнуто простым перечислением функций органов МПС и сложным её строением, о которых знает и простой человек. Каждый из этих органов подвержен заболеваниям тех же групп, что и органы других систем (врожденные и наследственные, воспалительные и опухолевые, сосудистые и неврогенные, обменные и метаболические заболевания и т.д.).

Для представления о важности этой специальности нужно также иметь в виду и высокую абсолютную частоту ряда урологических заболеваний. Врожденные заболевания половых органов у мальчиков занимают по частоте одно из первых мест (1:300 мальчиков). Воспалительные заболевания мочевых путей у детей, по данным ВОЗ, занимают второе место после ОРЗ. Около 15% женщин в замужестве, при беременности и родах страдают воспалительными заболеваниями почек и мочевого пузыря. До 30% женщин в возрасте старше 50 лет имеют проблемы с мочеиспусканием. До 30% мужчин в возрасте старше 65 лет страдают болезнями предстательной железы в клинически выраженной форме, требующими активного лечения. До 10% мальчиков и до 2% девочек имеют в детстве энурез. До 5-7% мальчиков-подростков страдают варикозным расширением вен семенного

канатика (варикоцеле), которые могут создавать проблемы в будущей семье и во время призыва на военную службу. Кроме того, хронические заболевания легких и кишечника в 20-30% таят угрозу инфицирования мочевых путей. У взрослых гипертония до 20% связана с заболеваниями почек или почечных сосудов. Общие нарушения обмена веществ создают высокую степень риска камнеобразования в мочевых путях. Многие заболевания центральной и периферической нервной системы приводят к тяжелым нарушениям и расстройствам мочеиспускания, во многом определяющим жизненный прогноз таких больных. Некоторые урологические заболевания, такие как нефроптоз у женщин или хронический простатит у мужчин, часто протекают под совершенно другими соматическими масками, что требует дифференциальной диагностики.

Приведенный выше далеко не полный перечень показывает, что заболевания органов МПС достаточно часто встречаются. Это подтверждает высокую вероятность встречи с ними общепрактикующего врача. Потому и роль уролога не преувеличена, как может показаться, а урология занимает своё определенное место в общем перечне медицинских специальностей, с которыми придется встретиться в повседневной жизни общепрактикующему врачу. Невозможно представить себе врача общей практики, который не будет знать наиболее распространенную патологию органов МПС. Врач общей практики должен быть врачом широкого профиля и в том числе знать урологическую патологию. Именно «образованная осведомленность» (Н.Н. Бурденко) во всех областях медицины должна быть одним из главных и неотъемлемых качеств такого врача. Опыт многих стран показывает, что это возможно, где организация первичной помощи больным реализована по принципу семейного врача.

Урологи часто взаимодействуют с другими специалистами, включая нефрологов, хирургов, терапевтов, педиатров, эндокринологов, акушеров и гинекологов, неврологов, травматологов. Важно, чтобы врач любой специальности был знаком с основными урологическими симптомами и синдромами, основными урологическими инструментами, методами диагностики и лечения, а также тактикой врача при определенных состояниях.

Определенным тормозом на пути освоения врачом общей практики урологических знаний и навыков является узкая специализация, затронувшая и первичную помощь. Роль участкового врача как главного ответственного за здоровье вверенных ему людей, оказалась приниженой, что привело к одновременному снижению авторитета и личности самого врача у населения. Высокий и постоянно растущий

технизм, сопутствующий специализации, имеет и другую сторону – он вызывает определенное отчуждение врача и больного, когда техника стоит между ними. Естественная и необходимая в целом специализация здравоохранения на каком-то этапе была механически перенесена на преподавание в медицинских ВУЗах. Авторитет и престижность специализации непомерно возросли, но одновременно снизился авторитет и престиж общей медицины и общепрактикующего врача. Студенты университетов уже со студенческой скамьи видят себя не общепрактикующим врачом, а врачом – узким специалистом, что не совсем правильно. Однако остановить специализацию медицины невозможно. Научно-технический прогресс, создание новых технологий будут постоянно представлять для этого все новые и новые возможности. Специализация должна и будет продолжаться. Однако в условиях медицинских университетов не рекомендуется подготовка врачей узкоспециализированных профилей. Эта задача должна решаться в рамках последипломной подготовки через интернатуру (начальный этап), первичную стажировку, клиническую ординатуру, аспирантуру, резидентуру, через факультеты повышения квалификации, путем специализации и усовершенствования в течение всей жизни врача – как это принято сейчас за рубежом.

Существующая в настоящее время модель общепрактикующего врача мало соответствует требованиям жизни. Население не удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи в первичных звеньях здравоохранения и уровнем знаний врачей бригад скорой медицинской помощи, т.е. там, где обычно больной впервые встречается с врачом. Устанавливаются неправильные урологические диагнозы, часто не имеющие отношения к тому, что в действительности происходит с больным.

Из-за имеющихся сложностей в организации образования, обучение медицине идет в основном в стационаре, где под руками у врача есть достаточно широкий набор специальных диагностических и лечебных возможностей, а за спиной, как правило, стоят старшие опытные товарищи. Такой подход к преподаванию формирует своеобразную жизненную инфантильность будущих врачей, их диагностическую слепоту и беспомощность в общих диагностических и лечебных вопросах, касающихся конкретного больного. Особенно это относится к врачам, сразу после института оказавшимся в участковом и поликлиническом звене первичной медицинской помощи. Поэтому при обучении следует больше уделять внимание освоению практических навыков по основным специальностям.

Задача специализированных кафедр, в том числе и урологии — познакомить будущих врачей с посиндромной диагностикой, научить выявлять в общем потоке больных, соответствующие профилю кафедры заболевания, правильно строить последующий диагностический и лечебный маршрут, обучить приемам оказания неотложной помощи и сортировке больных. Это тот необходимый минимум, которым должен обладать образованный общепрактикующий врач по каждому специализированному профилю, чтобы не обнаружить свою беспомощность при первой же встрече с «нестандартными» больными.

Рекомендуется, чтобы каждый врач общей практики мог пройти последипломную специализацию по всем основным специализированным направлениям. И такая возможность сейчас имеется, только освоить даже минимальный уровень знаний, навыков и умений за один или несколько дней занятий практически невозможно. В таком случае, упор должен делаться на самоподготовку. Врач общей практики должен освоить основные вопросы отдельных специальностей, включая и урологию, по которым в медицинском университете врач не может получить достаточных знаний ввиду урезанных программ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В данном разделе речь пойдет об обязанностях врача общей практики, оказывающего первичную врачебную помощь и являющимся звеном в единой лечебно-профилактической цепи и во взаимосвязи с амбулаторной и стационарной службой.

Самостоятельность и высокая ответственность за результаты работы — основные характеристики деятельности такого врача. На первом плане у него должна быть забота о здоровье, его сохранении, о предупреждении болезней, особенно зависящих от конкретных условий жизни, работы и других личностных и семейных факторов. Более высокая самостоятельность и личная ответственность у врача перед больным и его семьей будет значительно чаще создавать ситуации, требующие быстрых личных и ответственных действий. Все то, что сейчас делает участковый врач в спокойных условиях своего кабинета в поликлинике, постоянно ощущая поддержку всего коллектива и всех вспомогательных диагностических служб, врач общей практики должен будет делать, во всяком случае, при первых встречах, оставаясь один на один с больным и его семьей. Все специализированное и вспомогательное на этом этапе отодвигается на второй план. Он должен уметь достойно выйти из любого положения при новых встречах с болезнью, отнюдь далеко не всегда «терапевтической», быть компетентным в большинстве распространенных болезней, в том числе и в области урологии. Конечно, это не значит, что он должен быть специалистом во всех областях медицины. Это невозможно. Однако он обязан уметь поставить предварительный диагноз, оказать неотложную помощь, определить диагностические мероприятия для уточнения диагноза.

Диапазон работы врача общей практики шире и конкретнее, чем у участкового врача. Это в первую очередь относится к догоспитальному лечению заболеваний общемедицинского профиля, не требующих поликлинического и стационарного лечения. То же касается и послегоспитального лечения в самом широком смысле (медикаментозное лечение, простые перевязки и т.д.).

Обязанностью врача общей практики является и лечение на дому иноперабельных (инкурабельных) больных в терминальных стадиях заболеваний. Психологические нагрузки здесь также будут более значительными, чем у участкового врача. Сменяемость по разным причинам участковых врачей, наблюдающих подобных больных, по-

звolyет в значительной степени ослабить психологическую напряженность в отношениях больного с врачом и наоборот. В этих условиях у врачей имеется больше возможностей сохранить видимость целенаправленного и интенсивного лечения, поскольку каждый новый врач начинает лечение как бы с нуля. У врача общей практики такие возможности будут ограничены. В условиях более частых прямых контактов с больным врачу будет значительно сложнее поддерживать уверенность больного в успехе лечения и скрыть свою оценку течения болезни и состояния больного, поэтому нельзя допустить формирования у этих больных впечатления о том, что возможности всех методов исчерпаны и ждать больше нечего. Выход из положения – «экономное» лечение, постоянное, хотя бы в небольшой степени обновление лечения и включение в схему новых компонентов лечения. Наряду с этим близкие больного должны быть осторожно и тактично, но вполне определенно информированы об истинном положении дел и быть союзниками врача. Совершенно очевидно, что этот раздел работы врача общей практики будет наиболее драматичным и эмоционально напряженным.

Особый характер отношений врача со «своими» больными предъявит столь же особые требования к его личности, облику, престижу, стилю поведения и как врача, и как человека. Безусловно, имеются трудности в построении правильных отношений с семьями больных. Уровень требовательности к врачу со стороны населения постоянно растет, растет также критическое отношение к врачу – население уже не склонно принимать безоговорочно, «на веру» все, что исходит от врача. С ростом культуры и благосостояния населения это неизбежно.

Неформальные отношения в системе врач – больной и его семья, таят в себе потенциальную опасность попыток превратить врача в прислугу, что недопустимо. Главное качество – умение строить правильные взаимоотношения со «своими» больными, сохранить свое достоинство и уважение с их стороны и в то же время полную независимость. Врач должен быть чутким и сдержанным, с профессиональным достоинством и доверием, с оптимизмом, способным представить больному правильную информацию по его заболеванию и соучастие. Нужно помнить, что каждое слово, каждый шаг врача будет подтверждаться или опровергаться его действиями и результатами. Достигнуть хороших результатов лечения возможно только при высочайшем профессионализме. В этом и видится истинная сила врача.

Всякая болезнь материализована. Она протекает в определенных органах и системах, имеет во многих случаях твердо установлен-

ные этиологические факторы и хорошо изученные патогенетические механизмы. Этот принцип предписывает врачу на первом этапе тщательно и основательно разобраться с болезнью как таковой, может быть, на время даже абстрагируясь от особенностей личности больного с ее многочисленными особенностями. На втором этапе диагностики врач должен разобраться с особенностями болезни у данного конкретного больного. Занимаясь материальной основой болезни, врач в то же время должен оценить личность больного, учесть его характер, положение в семье и на работе и многое другое, что характеризует человека как личность. В итоге получается, что врач общей практики, как никакой другой, должен уметь распознать и лечить конкретную болезнь у конкретного больного.

Врач общей практики обязан и должен уметь лично отвечать за здоровье и жизнь вверенных ему людей. Это может показаться даже странным и непонятным. А какой врач этого не должен уметь делать? Однако не так ли уж редки ситуации, когда мы не можем найти врача, ответственного за здоровье и жизнь, за ошибку, небрежность и халатность в диагностике и лечении, повлекшие роковые последствия для пострадавшего. Это случается там, где больные идут обезличенным потоком. Такого не должно быть. Все больные, которые обращаются к врачу – это «лично его больные». Он должен организовать и контролировать весь процесс диагностики и лечения, консилиумы и консультации. Врач лично отвечает за все это.

Есть еще одна ситуация, которая требует обсуждения. Можно хорошо ориентироваться в симптомах самых разных заболеваний и незаметно превратиться в диспетчера: «пошлю туда, пошлю сюда, вызову консультантов, соберу консилиум». В культурной среде быстро разберутся и в том, что такой врач не является широкообразованным профессионалом и как личность ничего не стоит. И хотя обстоятельства будут вынуждать врача общей практики довольно часто прибегать и к консультациям, и к консилиумам, больной должен быть абсолютно уверен в необходимости и неизбежности именно такого, а не какого-то иного решения, именно таких действий его врача. Больной должен чувствовать и знать, что его врач отвечает за него, что он незримо присутствует рядом с ним на всех этапах диагностики.

Представленные выше характеристики деятельности врача общей практики субъективны и не являются бесспорными. Жизнь и опыт будут вносить постоянные коррективы. Но ясно, что врач общей практики должен быть широко и всесторонне профессионально образованным врачом-гуманистом, вооруженным великим искусством деонтологии, сострадания и человеколюбия. Искусство накопления и

приобретения таких качеств – дело долгое, сложное и во многом зависит от личности врача и его способности работать самостоятельно. И поэтому было бы ошибкой рассчитывать, что хорошие врачи появятся вдруг, по мановению волшебного приказа министерства или какого – либо чиновника. Врачей нужно готовить долго и настойчиво, используя всю систему получения медицинского образования и последипломной подготовки на протяжении всей жизни, учтя весь опыт, накопленный поликлинической и участковой системами и используя опыт тех стран, где система врачей общей практики существует уже давно и проверена жизнью.

ВОЗРАСТ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Общепрактикующий врач неизбежно будет иметь дело с тремя поколениями людей, объединенных в разных комбинациях в семьях или живущих раздельно.

Детский и подростковый период

Существует специальная система наблюдения за развитием и здоровьем ребенка, которая имеет свои преимущества и недостатки. Врачи детских поликлиник обычно имеют плохие знания по специализированным профилям и формально относятся к работе. Поэтому несмотря на внешне стройную систему наблюдения за развитием и здоровьем ребенка поздно выявляются даже такие внешне видимые пороки, как гипоспадия и эписпадия (особенно легкие формы гипоспадии, сочетающиеся с сужением наружного отверстия уретры), врожденный фимоз, крипторхизм, врожденное гидроцеле (водянка оболочек яичка), а также нарушения мочеиспускания в виде задержки, недержания и неудержания мочи.

У девочек иногда наблюдается глубокое расположение (смещение вниз) наружного отверстия уретры, которое в дальнейшем станет причиной рецидивирующей ИМП и его сужений, что может быть причиной затрудненного мочеиспускания со всеми последствиями: обструктивная нефропатия, хронический пиелонефрит с переходом в нефросклероз, ХПН.

Лечение гипоспадии и эписпадии входит в компетенцию урологов. Врач общей практики и родители должны знать, что ребенок должен пойти в школу уже здоровым, чтобы не возникли серьезные психологические проблемы. Лечение гипоспадии можно начинать с раннего детского возраста, но сужение наружного отверстия уретры нужно ликвидировать сразу, как только оно выявлено. Кожа в области наружного отверстия тонкая и без сосудов. Её рассекают остроконечными ножницами в поперечном направлении на 9 и 3 часах по циферблату под местной анестезией. Кровотечения обычно не бывает.

Новорожденным открывать головку полового члена не следует. Рано или поздно у мальчиков начинается зуд в области головки, может присоединяться воспаление — баланопостит. Фимоз у детей раннего возраста часто сопровождается наличием врожденных спаек между головкой полового члена и внутренним листком крайней плоти,

где скапливается смегма и моча. При невозможности обнажения головки полового члена мануально, крайнюю плоть может быть растянута браншами хирургического зажима, головка освобождается, разрушаются спайки, тщательно удаляется смегма, головка смазывается противовоспалительной мазью. Во избежание развития парафимоза (ущемление головки отечной и суженной крайней плотью) головка возвращается на прежнее место. В дальнейшем головку полового члена надо обнажать и мыть при каждом купании ребенка. Первая попытка к мочеиспусканию после форсированного расширения крайней плоти может окончиться ОЗМ из-за боли в области головки, что ликвидируется применением спазмолитиков, анальгетиков и помещением ребенка в теплую ванну. Эту простую манипуляцию по ликвидации врожденного фимоза делают в раннем детском возрасте, но при невозможности выполнения, насильно выводить головку не рекомендуется, так как это приведет к рубцеванию крайней плоти. При неэффективности вышеуказанных мероприятий может потребоваться операция кругового иссечения крайней плоти. Доказано, что смегма является канцерогеном и при фимозе возможно развития рака головки полового члена. Кроме того, попадание мочи в полость крайней плоти при фимозе будет поддерживать хронический баланопостит и создавать опасность развития стриктур уретры. Фимоз создает неудобства при половом акте, а при начале половой жизни или мастурбации может развиться парафимоз.

Тактика врача при врожденном гидроцеле выжидательная. Во многих случаях в течение первого года жизни ребенка влагалищный отросток брюшины зарастает и сообщающееся гидроцеле исчезает самостоятельно. Если этого не происходит, выполняют операцию удаления водянки с одновременной пластикой пахового канала.

Крипторхизм – неопущение яичка. Надеяться на самопроизвольное опущение яичка в мошонку возможно при нахождении его у наружного отверстия пахового канала. Различают также псевдокрипторхизм – «гипермобильное» яичко, которое при выраженном кремастерном рефлексе и в холодном помещении входит в паховый канал, а в спокойном состоянии и в теплом помещении находится в мошонке (лечение не требуется). При внутрибрюшинном и паховом крипторхизме (яичко или не пальпируется совсем или пальпируется в паховом канале) надежды на самостоятельное опущение яичка в мошонку не оправдываются. Вряд ли поможет здесь и гормонотерапия, что у детей вообще нежелательно. Крайне редко показано лечение хорионическим гонадотропином (несколько 2-3-месячных курсов по 1000 ед. 2 раза в неделю). Лучше всего результаты низведения яичка при крипторхизме

в возрасте 1-4 лет. После 10 лет яичко атрофируется и низводится чаще всего по настоянию родителей, а операция носит косметический характер. При обнаружении одностороннего крипторхизма в 16-18 лет (бесплодие 10-20%) по онкологическим законам возможно только выполнение орхэктомии – так как в этом яичке в 10-40 раз чаще развивается опухоль. Только при двухстороннем крипторхизме в этом возрасте (бесплодие 90%) возможно низведение обоих яичек с целью сохранения продукции тестостерона, с последующим строгим контролем состояния яичек и при необходимости (развитие опухоли) – орхэктомия. При крипторхизме операция показана, так как при крипторхизме возникает нарушение сперматогенеза как неопустившегося, так и контрлатерального яичка (аутоиммунная реакция и выработка антиспермальных антител). При крипторхизме статистически более часто возникают злокачественные опухоли яичка. Врач общей практики должен проинформировать родителей о тактике лечения при крипторхизме.

Формированию важнейшей произвольной функции – функции управляемого мочеиспускания, родители должны уделять достаточно внимания. Частота ночного недержания мочи (энурез) у детей раннего возраста высокая, но это не болезнь. У детей не выработан рефлекс на произвольное мочеиспускание и он остался с механизмом непроизвольного бесконтрольного мочеиспускания. Этот механизм основан на врожденном безусловном рефлексе: растяжение мочевого пузыря – мочеиспускание. Считается, что в возрасте 4 лет только у 70-80% детей формируется нормальное мочеиспускание. Еще 10% приходят к этому в возрасте 5-6 лет. Воспитание активного произвольного мочеиспускания родители должны начинать раньше и заниматься этим целенаправленно и активно. Врач общей практики должен уметь объяснить «технология» воспитания рефлекса. Начинать можно уже с годовалого возраста, а иногда и раньше. Первый этап – активное высаживание ребенка на горшок и настойчивое требование помочиться. Одновременно ребенку постоянно повторяют: «В постель нельзя». Уже на этом этапе пытаются воспитать тормозной компонент – нельзя! И пусковой — мочись в горшок! Хотя и под принуждением, но активно. С полутора лет к словесному запрету можно добавить негативную реакцию со стороны родителей при непроизвольном мочеиспускании, а позитивную – при «сухой ночи». На ночь нужно всегда просить ребенка опорожнять мочевой пузырь и давать меньше жидкости. Нужно определить также время, когда происходит мочеиспускание, будить ребенка и высаживать его на горшок. Если вышеуказанные мероприятия не помогают, то обычно после 5 лет нужна консультация

невролога, уролога и применение различных методов лечения. Нужно знать, что в период формирования рефлекса возможны срывы из-за перенесенных заболеваний, испуга, прививки - и тогда приходится все начинать сначала. К сожалению, эта тактика во многих случаях не выдерживается в многодетных и социально неблагополучных семьях, в яслях и детских садах. В этих ситуациях чаще всего и формируется, а вернее закрепляется энурез.

Больше половины пальпируемых опухолей почек у детей выявляют не врачи, а родители ребенка. Около 50% пальпируемых у детей первых 5 лет жизни образований в животе – это патологические почки (опухоль Вильмса, гидронефроз, мультикистоз почки). Только исключив опухоль почки, можно ставить другой диагноз.

При признаках хронической интоксикации у детей, таких как отставание в развитии, бледность, слабость, вялость, снижение веса, субфебрильная температура, необходимо обследование органов МПС. Не исключается и патология других органов: хронические неспецифические заболевания лёгких, глистная инвазия, дискинезия желчных путей, тонзиллит и многое другое. При заболеваниях почек почти всегда имеется мочевого синдром. При тщательном обследовании таких детей оказывается, что причиной отставания в развитии является рецидивирующая ИМП, часто выявляющаяся при «хронической пиурии». У ребенка постоянно обнаруживаются в моче лейкоциты, других явно выраженных признаков серьезного заболевания может и не быть, если не считать незначительных неопределенных болей в животе. На таком фоне может произойти обострение заболевания с подъемом температуры, ухудшением анализов мочи и крови. Назначением антибиотиков и других противовоспалительных средств обострение удается достаточно быстро купировать. Однако лейкоцитурия остается. В этом случае, если «хроническая пиурия» не поддается обычному, стандартному антибактериальному лечению, то требуется урологическое обследование. Может быть выявлена аномалия на любом из уровней МПС: инфравезикальная обструкция в виде стриктуры уретры или склероз шейки мочевого пузыря, патология ЛМС и врожденный УГН, атония мочеточников и т.д. Эти изменения препятствуют излечению рецидивирующей ИМП, поддерживают хронический пиелонефрит, создают очаг хронической интоксикации, который приводит к отставанию в общем развитии. В этом случае выполняется УЗИ органов МПС и брюшной полости. Часто именно оно обнаруживает изменения почек и мочеточников и ребенок направляется к урологу.

Все вышеуказанное входит в обязанности врачей детской консультации и детской поликлиники. Однако многочисленные ошибки в

детской практике говорят о том, что врач общей практики может оказать более существенную помощь, чем консультация и поликлиника. Особенно если помнить не только о сердце, легких и желудочно-кишечном тракте, но и о такой «узкоспециализированной» сфере, как органы МПС. Конечно, врач общей практики может сказать: «Дети – не мое дело». Но что тогда его дело – выписка справок и больничных листов? Лечение так называемой «ОРВИ»? То, о чем сказано в этом разделе, не так и сложно принять к сведению и использовать в своей практической деятельности.

У взрослеющих детей (подростков) можно столкнуться со следующими проблемами: у ребят пробуждающаяся половая активность приводит к онанизму, который часто является одной из невыясненных родителями и врачами причин юношеской нервозности. В настоящее время это не считается патологией. Более чем у 10% юношей в возрасте 15-17 лет возникает расширение вен семенного канатика (варикоцеле). В большинстве случаев (болевой синдром, выраженное расширение вен и уменьшение яичка, опасность бесплодия) их надо выявлять и оперировать. Однако даже при отсутствии вышеуказанных признаков показания к операции будет ставить и военкомат, как только на приписке выявится это заболевание, что не является в настоящее время правильной тактикой. Не редкость в этом возрасте и венерические уретриты. У части мальчиков сохраняется энурез, который военкоматы ставят под сомнение – требуется обследование для исключения урологической патологии. Могут выявляться заболевания раннего возраста – не излеченные ранее крипторхизм, гидроцеле, фимоз, не выявленные ранее гипо- и эписпадия, хотя все это уже брак предыдущего этапа работы врачей.

У девушек установление месячных часто сопровождается «мочевым» синдромом – учащенным и болезненным мочеиспусканием. На возраст 15-17 лет в последнее время все более сдвигается пик циститов и пиелонефритов, связанных с ранним началом половой жизни и дефлорацией, что становится все более типичным для современной молодежи. Возникают проблемы полового воспитания, гигиены половой жизни, предохранения от беременности.

Молодой возраст

В молодости всегда присутствует очень важная особенность – возникающие урологические проблемы и заболевания могут иметь глубоко интимный характер и вопросы по этим проблемам надо уметь задавать в тактичной форме, знать направление активного поиска возможных отклонений. Нарушения в интимной сфере имеют боль-

шое значение для формирования многих болезней и болезненных состояний.

Искривление полового члена из-за гипоспадии легкой или средней тяжести, которому мужчина не придавал особого значения раньше, может привести к проблемам в первую же брачную ночь. Эту патологию нужно было лечить в раннем детском возрасте. С теми проблемами, о которых говорилось в предыдущем подразделе, можно встретиться и в молодом возрасте, особенно если больной всегда считал что у него все в порядке под трусами и его никогда «там» не осматривал врач. Достаточно часто впервые на призывной комиссии обнаруживается фимоз, варикоцеле, гидроцеле, сперматоцеле (киста придатка яичка), крипторхизм и др...

Излишняя половая активность в первые месяцы семейной жизни, особенно в форме продленного или прерванного полового акта, может вызвать застойные явления в тазовой области, в яичках, предстательной железе, в семенных пузырьках, задней уретре. Это может привести в ближайшем будущем к эректильной дисфункции, стойкому болевому синдрому в промежности, крестце, яичках, расстройствам мочеиспускания и т.д. В ряде случаев можно выявить выраженное расширение вен семенного канатика, что сопровождается тяжестью и болями в мошонке и пахово-подвздошных областях, бесплодием и является показанием к оперативному лечению. При частом половом возбуждении из уретры могут появиться стекловидные выделения, что может настораживать обоих членов молодой семьи. Для исключения ИППП необходимо выполнить исследование отделяемого из уретры. Для исключения простатита исследуется секрет предстательной железы после массажа. При исключении инфекции слизистые выделения из уретры – естественное явление, которое называется уретрореей от возбуждения.

Врачу – женщине легче выяснить интимные проблемы у женщины и при необходимости дать квалифицированный совет. Но для того, чтобы что-то посоветовать, нужно твердо в этом быть уверенным. Мужчина – врач, скорее всего, направит женщину к гинекологу. Может понадобиться сексопатолог, так как многие неприятности в состоянии здоровья (неврозы и неврозоподобные состояния, истероидные реакции и т.д.) у молодых супругов начинаются в первые месяцы и годы после свадьбы.

Если в замужество она пришла девушкой, то начало половой жизни может привести к возникновению цистита и восходящего пиелонефрита, которые проявляются учащенным и болезненным мочеиспусканием, болями в пояснице и над лоном, повышением температу-

ры тела и ознобами. Анатомические особенности женщины, такие как короткая и широкая уретра, близость её к естественным резервуарам инфекции (прямая кишка, влагалище), будут способствовать этому. Это так называемые дефлорационные циститы и пиелонефриты новобрачных. У женщин, ведущих активную половую жизнь, довольно часто наблюдается так называемая рецидивирующая ИМП, которая связана с половым актом. Важно полностью излечиться, проконсультироваться у гинеколога, соблюдать тщательную личную гигиену, помочиться после полового акта и если эти эпизоды повторяются более 2-3 раз в год, то рекомендуется принимать одну дозу антибактериального препарата после полового акта - (1 пакет (3 гр.) монурала, 200 мг. норфлоксацина, 125 мг. ципрофлоксацина, 100 мг. фурамага). При отсутствии своевременного и полноценного лечения, профилактического приема низких доз уросептиков, это может привести к хроническому циститу, пиелонефриту, склонным в дальнейшем к рецидивированию, особенно в период беременности и после родов, переходу в хроническое течение заболевания.

У инфантильных женщин причиной жалоб урологического характера сразу после замужества может быть физическое несоответствие размеров половых органов и возникающие вследствие этого травматические уретриты и шеечные циститы, проявляющиеся часто рецидивирующим учащенным и болезненным мочеиспусканием, болями в половых органах, иногда даже макрогематурией. В таких случаях может быть полезным уход от стандартной «травмирующей» позиции при половом акте.

«Бесплодие – невозможность сексуально активной пары достигнуть беременности при половой жизни в течение 1 года без применения контрацептивов» [ВОЗ, 2000]. Около 25% супружеских пар не имеют беременности в течение 1 года, 15% пар прибегают к лечению по поводу бесплодия и в конечном счёте менее 5% остаются бездетными. Бесплодие может быть мужским и женским. Мужское бесплодие имеется у 50% этих пар. Во многих парах присутствуют факторы, приводящие к развитию и мужского и женского бесплодия. В случае наличия одного фактора другой партнер может компенсировать этот недостаток менее фертильного партнера. Бесплодие манифестирует обычно, если оба партнера субфертильны. Это объясняет тот факт, почему у бесплодной пары часто имеется сосуществование мужских и женских факторов.

Естественно, женскую половину будет обследовать гинеколог. Сниженная мужская фертильность может быть результатом врождённых и приобретенных аномалий мочеполовых органов, инфекции

мужских половых желез, травм яичка, повышенной температуры в мошонке (варикоцеле), эндокринных заболеваний, генетических аномалий и иммунологических факторов, хронической интоксикации. Ряд длительно применяемых медикаментов могут влиять на подвижность сперматозоидов. В 40-60% случаев единственная аномалия это патологическая спермограмма и не определяется существенных данных или аномалий при объективном и лабораторных (эндокринологические тесты) исследованиях (идиопатическое мужское бесплодие).

При физикальном исследовании необходимо оценить положение, размеры и тургор яичек, размеры полового члена, признаки полового инфантилизма, характер развития вторичных половых признаков, телосложение (проявления синдрома Клайнфельтера или Тернера-Шерешевского), тип оволосения, рост бороды и усов. Обязательно ректальное исследование для оценки развития и состояния предстательной железы. Размер нормальной доли железы соответствует размеру дистальной фаланги указательного пальца, тургор – слегка сокращенная мышца тенор. После этого выполняется исследование отделаемого простаты.

После сбора анамнеза и физикального обследования исследуется спермограмма. Эякулят следует необходимо получить методом мастурбации после полового воздержания в течение 3-4 дней. В норме количество эякулята более 2 мл., число сперматозоидов в 1 мл более 20 млн., число подвижных, правильно сформированных – не менее 50%. Спермограмма выявляет сниженное количество сперматозоидов (олигозооспермия), сниженную подвижность (астенозооспермия) и много ненормальных форм при морфологическом исследовании (тератозооспермия). Полную расшифровку спермограммы может дать только квалифицированный уролог.

Лечение обычно длительное и проводится под контролем уролога – андролога. При наличии механических причин в виде последствий перенесенного эпидидимита возможны восстановительные операции, направленные на восстановление проходимости для сперматозоидов. Другие заболевания, такие как гипо- и эписпадия, искривление полового члена, болезнь Пейрони также доступны для коррекции в условиях урологических клиник.

Кроме болезней половой системы в молодом возрасте могут быть и другие урологические заболевания: врожденные гидронефрозы, МКБ и др... Все эти заболевания с началом семейной жизни могут обостриться и проявиться соответствующими симптомами.

Беременность и предстоящие роды в значительной степени обостряют имевшиеся урологические заболевания. Тактику ведения бе-

ременных с урологической патологией должны знать гинекологи женской консультации. Однако наблюдение за беременными женщинами не должно быть категорически и однозначно изъято из функции врача общей практики, так как состояние беременной в промежутках между плановыми посещениями консультации может и должен оценивать врач общей практики. Вопрос об урологических осложнениях в ходе беременности рассматривается отдельно. Нужно знать, что циститы и пиелонефриты возникают у каждой 7-8-й беременной в ранние и поздние сроки беременности и после родов (циститы и пиелонефриты беременных и послеродовые). Врач общей практики в отношении этих заболеваний должен проводить активную профилактику. Рациональные гигиенические рекомендации, санация организма женщины до беременности и в ранние ее сроки, направление на лечение миндалин, кариозных зубов, воспалительных гинекологических и других хронических заболеваний могут сыграть решающую роль в предупреждении урологических осложнений беременности и послеродового периода.

У молодых пациентов врач общей практики должен проявлять интерес к состоянию органов МПС, так как наряду с сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной системами она испытывает специфические перегрузки.

Возраст 40-50 лет

В этом возрасте чаще встречаются сердечно-сосудистые, легочные и желудочно-кишечные заболевания, как следствие привычек, режима жизни, характера питания и возрастных изменений, начинающихся инволюционных процессов и т.д. Основные заболевания органов МПС придут к мужчинам несколько позже. Однако и в этом возрасте у них нередко возникают поводы для беспокойства.

В 40-45 лет мужчина много работает и подвержен действию профессиональных факторов (охлаждение и перегревание, ночная работа, стрессы, вынужденное положение, малоподвижный образ жизни, вибрация, шум, травмы, химические вредности и др...). Эти воздействия небезобидны для органов МПС и могут способствовать возникновению воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря. Длительное вынужденное положение, адинамия, сидячий образ жизни приводят к застойным явлениям в малом тазу, особенно после перенесенных в молодом возрасте ИППП, что способствует развитию у мужчин простатитов, эректильной дисфункции. Усугубляют застойные явления практикуемые в этом возрасте суррогаты половых сношений в виде продленного или прерванного полового акта. Очень бо-

лезненно переживаются мужчинами нарушения в половой сфере, что может быть связано с патологией мужских половых органов и нервно-психическими нарушениями. В подавляющем большинстве случаев возможна коррекция эректильной дисфункции современными препаратами, такими как блокаторы 5-фосфодиэстеразы (силденафил, варденафил, тадалафил), инвазивные мероприятия используются в крайне редких случаях.

В этом возрасте у женщин, как правило, имеются нарушения обмена веществ, избыточный вес, различные эндокринные нарушения и, как следствие, – склонность к МКБ, которая встречается в этом возрасте у женщин чаще, чем у мужчин. Способствуют развитию МКБ также воспалительные заболевания МПС и нарушения уродинамики ВМП (нефроптоз, беременность, гормональные факторы и др...). Нефроптозу способствует ослабление брюшного пресса и других фиксирующих почку механизмов во время беременности и после родов, быстрое похудание. Неполноценное лечение пиелонефритов и циститов новобрачных, во время беременности и после родов может приводить к рецидивирующим циститам и пиелонефритам под влиянием самых разнообразных факторов (охлаждение, алиментарные факторы). В перименопаузе этому способствуют частые воспалительные заболевания половых органов и атрофические изменения эпителия мочевого системы.

Длительные роды и длительное стояние головки плода на выходе из матки резко нарушают трофику шейки мочевого пузыря. Сразу после родов это может пройти незамеченным, без каких-либо клинических проявлений. Однако с возрастом, когда присоединяется еще и возрастное ослабление нервно-мышечных механизмов мочевого пузыря и промежности, у женщин может развиваться стрессовое недержание мочи. При этом теряется моча в самых разных ситуациях, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (смех, кашель, резкое движение, поднятие тяжестей, переход из горизонтального в вертикальное положение). Первая степень СНМ – потеря мочи при сильных физических нагрузках и то не всегда. Вторая степень – потеря мочи может наступать уже при легких физических нагрузках, при смехе, кашле. Третья степень – женщина теряет мочу при переходе из горизонтального в вертикальное положение, при обычной ходьбе. При осмотре в зеркалах можно увидеть опущение стенок влагалища и матки самой различной степени, вплоть до полного выпадения матки (пролапс). Легкие формы СНМ встречаются значительно чаще, чем их видит врач. Женщины обычно тщательно скрывают этот крайне неприятный симптом, используя острые духи, подгузники, про-

кладки и т.д. При первой степени СНМ проводится консервативное лечение: комплекс упражнений для укрепления мышц тазового дна, медикаментозная терапия, физиотерапия. Рекомендуются режим регулируемого мочеиспускания малыми порциями, не допуская переполнения мочевого пузыря. Вторая и третья степени требуют хирургического лечения. Методы лечения, применяемые урологами, дают до 87-90% положительных результатов.

Другой разновидностью является императивное недержание мочи, при котором невозможно удержать позыв усилием воли, сокращением мышц промежности и живота, если не имеется возможности немедленно помочиться. При исключении ИМП и опухоли проводится лечение такими препаратами, как оксибутинин, толтеродин, солифенацин, тропсия хлорид и др..., расслабляющими мышцу мочевого пузыря, уменьшающими позывы и частоту мочеиспускания.

Самым крайним и тяжелым осложнением, связанным с родоразрешением путем кесарева сечения, применением акушерских щипцов, а также с повреждениями мочевого пузыря и мочеточников после гинекологических операций, является возникновение мочеполовых свищей и связанное с этим крайне тягостное положение женщины в семье и обществе. В большинстве случаев и это осложнение удается ликвидировать хирургическим методом.

Хронические гинекологические заболевания, последствия аборт, начинающаяся в 40-45 лет инволюция половой системы женщины и другие гормональные нарушения лежат в основе еще одного патологического состояния — цисталгии, проявляющейся неприятными ощущениями в области мочевого пузыря, дизурией и крайне трудно поддаётся лечению. Коварство заболевания состоит в том, что оно протекает практически в отсутствие мочевого синдрома, а при цистоскопии не всегда удается обнаружить признаки воспаления, так как процесс локализуется в подслизистом слое пузыря. В этих случаях необходима консультация гинеколога для исключения хронических воспалительных заболеваний придатков матки, что часто и поддерживает цисталгию. Местное лечение мочевого пузыря инстилляциями противовоспалительных препаратов обычно малоэффективно. Иногда приносит облегчение местная заместительная терапия небольшими дозами женских половых гормонов.

Пожилой возраст (50-65 лет)

В этом возрасте урологические проблемы усложняются и усугубляются как у мужчин, так и у женщин. Это пора проявления воз-

растных заболеваний, гормональных нарушений и эректильной дисфункции. Большое значение здесь имеют нервно-психические перегрузки. В этом возрасте у мужчин проявляются признаки возрастного гипогонадизма, сосуществующие совместно с застойными процессами в области таза, в предстательной железе и семенных пузырьках на фоне гиподинамии.

В этом возрасте у мужчин на одно из первых мест выходят болезни предстательной железы – ДГП и РПЖ, хронические простатиты. ДГП нарушает мочеиспускание и ночной сон, что выбивает мужчин из привычного ритма жизни, резко снижает работоспособность. Заболевание протекает постепенно: сначала учащение, затем затруднение мочеиспускания, ХЗМ, присоединение таких заболеваний как камни мочевого пузыря, цистит и пиелонефрит, может возникнуть ОЗМ и потребность в операции в возрасте, часто уже отягощенном многими другими заболеваниями.

Почти так же поступательно развивается и РПЖ, однако возникновение учащенного и затрудненного мочеиспускания говорит о местнораспространенном заболевании, иногда имеются уже и метастазы. Для врача общей практики важно знать, что в каждом трудно поддающемся лечению первичном радикулите у мужчин старше 55-60 лет следует подозревать РПЖ. Только после полного клинического обследования с применением ректального исследования, трансректального УЗИ, исследования ПСА, рентгенографии костей таза (метастазы?), а при необходимости и биопсии этот диагноз будет подтвержден или отвергнут. В развитых странах принято, что ректальное исследование каждого мужчины в возрасте 50-55 лет должно проводиться один раз в год при посещении врача по любому поводу. Врач общей практики должен проводить это исследование таким мужчинам ежегодно в плановом порядке.

Анатомически предстательная железа расположена под шейкой мочевого пузыря и охватывает заднюю уретру. Исследуется она при пальпации через прямую кишку. Возможны три положения больного: коленно-локтевое, в положении на правом боку с подтянутыми к животу коленями (врач становится со стороны живота больного) и в гинекологическом кресле. Железа состоит из двух долей. Имеющаяся иногда так называемая третья доля через прямую кишку не пальпируется. Доли разделены срединной бороздкой, границы железы четкие, верхний полюс достигается легко, слизистая над железой не изменена, подвижна. Размер доли железы соответствует размеру дистальной фаланги указательного пальца. Консистенция неизменной железы сравнима с консистенцией мышцы тенора. При ДГП консистенция как

туго напряженная эта же мышца, при РПЖ железа плотной, деревянистой консистенции. При ДГП увеличение равномерное, верхняя граница при резком увеличении не достигается, железа чувствительна, но сильной болезненности нет. При РПЖ появляются очаговые уплотнения, асимметричное увеличение и уплотнение одной из долей, инфильтрация может распространяться за пределы железы, появляется бугристость, слизистая над железой становится неподвижной. При остром простатите железа равномерно увеличена, резко болезненная, напряжена, иногда с очагами размягчения. При хроническом простатите — железа часто уменьшена, равномерно плотная или с очагами уплотнения. Эти данные позволяют врачу уже при первом ректальном исследовании получить достаточную информацию об этом органе. Подозрение на РПЖ II-III-IV стадии почти всегда ставится при обычном ректальном исследовании. Ранний РПЖ возможно диагностировать при трансректальном УЗИ простаты и исследовании крови на ПСА. Кроме того, ректальное исследование имеет высокое диагностическое значение и обязательность для всех хирургических больных.

Частым спутником ДГП являются камни мочевого пузыря. Задержка мочи на всех уровнях мочевого тракта, рецидивирующие на этом фоне пиелонефриты, нарушения обмена, которые имеются в этом возрасте у мужчин, приводят к увеличению частоты МКБ.

В этом возрасте опасность для мужчин представляют онкоурологические заболевания: опухоли мочевого пузыря и почек, частота которых выше у мужчин, чем у женщин. Доказано, что одним из факторов возникновения опухолей мочевого пузыря и почек у мужчин служит курение и производственные вредности химической природы. Другим фактором риска возникновения РМП является задержка мочи, содержащей канцерогены, и её контакт со слизистой мочевого пузыря.

У женщин в этом возрасте возникают поздние формы недержания мочи, чему способствуют вышеуказанные факторы: ослабление мышц тазового дна и цистоцеле (опущение мочевого пузыря), гормональные сдвиги, приводящие к атрофии уротелия. Недержание мочи может сочетаться с задержкой мочи в полости цистоцеле, что со своей стороны способствует возникновению хронического цистита и камней мочевого пузыря.

С ослаблением мышц тазового дна связаны выпадения слизистой уретры в виде красного, кровоточащего образования, кольцом окружающего наружное отверстие уретры. Выпадение слизистой сопровождается болью в этой зоне в момент мочеиспускания и вне его и кровоточивостью. Выпавшую слизистую часто приходится иссекать электроножом. Иногда встречаются полипы уретры, которые удаля-

ются при больших размерах, кровотечении и нарушении мочеиспускания.

Расстройства мочеиспускания у пожилых женщин (потери мочи «по каплям», стрессовое и императивное недержание, учащенное и болезненное мочеиспускание) относятся к группе наиболее частых жалоб. Женщины очень болезненно воспринимают эти симптомы, особенно потери мочи, но не всегда по собственной инициативе расскажут врачу о своей беде. Учитывая, что в настоящее время имеются эффективные методы лечения данного состояния, врач общей практики должен тактично и корректно предоставить информацию о данном состоянии и направить женщину к урологу.

В этом возрасте у женщин увеличивается частота и утяжеляется течение МКБ в виде двухстороннего и коралловидного нефролитиаза, которые приводят к нефросклерозу и ХПН. Пиелонефрит у пожилых женщин редко бывает первичным. Это, как правило, рецидивный вторичный, часто гнойный пиелонефрит, берущий начало в замужестве, беременности и затем сопровождающий женщину долгие годы.

Опухоли мочевого пузыря и почек проявляются гематурией. Врач общей практики должен знать, что гематурия, особенно профузная со сгустками, у пожилой женщины или мужчины должна рассматриваться в первую очередь как признак опухоли, что требует не остановки кровотечения, которое обычно жизни не угрожает, а специального урологического обследования.

Таким образом, в возрасте 50-65 лет увеличивается удельный вес хронических, прогрессирующих, рецидивирующих заболеваний. Появляются больные с неизлечимыми или почти не поддающимися лечению состояниями. Для врача общей практики чаще возникает необходимость в организации длительного домашнего или амбулаторного лечения в качестве основной или поддерживающей формы.

Старость (70 лет и выше)

Оказание медицинской помощи старым людям выделено в самостоятельные разделы: геронтология и гериатрия. Особенности этого возраста является высокая степень отягощенности разными заболеваниями. Кардиолог, конечно, чаще всего встречается с такими пациентами. Сердечно – сосудистые заболевания стоят на первом месте как причина смерти у мужчин. Не реже обращаются старики и к пульмонологу, по поводу хронических неспецифических заболеваний легких. Многие пациенты урологического приема перенесли уже инсульт или так называемое преходящее нарушение мозгового кровообращения, а «радикулит» и «отложение солей в позвонках» есть у всех.

Есть и другие заболевания, отягчающие больного. Вот с таким контингентом и приходится работать урологу. Встречаются как острые, так и хронические болезни, часто с окончательно определившимся исходом. В этом возрасте ДГП имеется уже у 70% мужчин.

Наибольшее беспокойство врачу будут доставлять больные с необратимыми расстройствами мочеиспускания и их осложнениями. У этих пациентов ДГП не оперируется либо из-за общего отягощенного состояния, либо сам больной отказывается от операции. Выход здесь один — пожизненный надлобковый мочепузырный свищ. При РПЖ и РМП также иногда приходится устанавливать пожизненный цистостомический дренаж. Эти пациенты понимают, что они всем в тягость — и семье, и врачу, и самому себе. В этом возрасте чаще встречаются опухоли мочевого пузыря, почек, предстательной железы, так как рак — болезнь стариков.

У женщин в этом возрасте также часто встречаются неподдающиеся лечению расстройства мочеиспускания, связанные с выпадением стенок влагалища и уретры, резким ослаблением сфинктеров мочевого пузыря, хроническим воспалением и камнями мочевого пузыря. Женщины, длительно страдавшие ИМП, имеют хронические пиелонефриты с исходом в нефросклероз, ХПН и нефрогенную гипертензию. К таким же исходам может привести и коралловидный нефролитиаз, обычно рецидивный, не подлежащий хирургическому лечению из-за преклонного возраста и общего отягощенного состояния больного.

В последние десятилетия в связи с ростом общей продолжительности жизни во всем мире проблемы данной категории граждан резко обострились. Создаются и созданы многие системы социальной и лечебно-медицинской адаптации и реабилитации старых людей. Проблема обостряется нежеланием некоторых детей выполнять до конца свой долг перед старыми родителями, стремлением переложить его выполнение на государство. Однако большинство стариков стараются оставаться в семьях, мало кого радует перспектива попасть в дом престарелых. Эта проблема должна беспокоить и врача общей практики. И вместе с сердечно-сосудистыми, легочными, желудочно-кишечными и неврологическими проблемами неизбежно будут присутствовать и урологические проблемы. Врачу придется заботиться о поддержании функции мочевыделения и мочевыведения: уход за пожизненными цистостомами и нефростомами, лечение РПЖ, хронических пиелонефритов и ХПН.

Старые люди понимают и осознают всю безысходность своего положения, что резко осложняет отношения врача и больного. От вра-

ча требуется большой такт и сострадание. Больной не должен почувствовать, что «все кончено», что исчерпаны все лечебные возможности. При лечении таких пациентов чаще будет использоваться симптоматическое лечение, поддерживающее и продлевающее их жизнь.

Данный раздел показывает, что урология для врача общей практики будет не редким эпизодом, а частой необходимостью.

СИМПТОМЫ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Достаточно собрать вместе медицинские книги, чтобы стало ясно — никакой, даже самый образцовый и прилежный врач широкого профиля не сможет просто прочесть их, а тем более запомнить всю содержащуюся в них информацию. Исследования показали, что уже через год от простого запоминания остается очень мало, человек способен активно извлечь из памяти не более 20% пассивно усвоенной информации. Простым накоплением знаний все проблемы улучшения качества подготовки врача решить нельзя. Выходом из положения, наиболее реальным путем преодоления этого противоречия должно стать формирование у врача логического клинического мышления.

Диагностика — продукт клинического мышления. С одной стороны, врач на основе полученных знаний и накопленного опыта может «узнать» у больного аналог заложенного в памяти, т.е. «угадать» диагноз. Такой путь можно определить как пассивное клиническое мышление. Его возможности ограничены.

С другой стороны, при сборе анамнеза и обследовании больного врач может логически систематизировать сведения, постепенно выявить связь отдельных симптомов и свести их в синдромы и установить диагноз усилиями логики. Это продуктивное клиническое мышление. Путь к диагнозу здесь несколько более длинный, но более надежный. Он требует использования меньшего количества знаний из памяти, что немаловажно в условиях ограниченных возможностей накопления знаний.

При первой встрече общепрактикующего врача с пациентом под руками не будет ни компьютеров, ни сложных лабораторий. Единственным орудием на этом этапе будет клиническое мышление. Основными материалами для формирования первичного диагноза методом логического клинического мышления будут тщательно собранные и систематизированные данные анамнеза и результаты первичного исследования, полученные доступными врачу средствами.

Установить окончательный урологический диагноз общепрактикующий врач чаще всего не сможет. Однако возможно выявить и заподозрить преимущественное поражение урологической сферы. Вторая задача — сформулировать предварительный диагноз. Подтверждение, уточнение или исключение диагноза возможно после дообследования больного у уролога.

Данные анамнеза и первичного обследования позволяют общепрактикующему врачу предположить у пациента наличие урологических заболеваний. Большинство симптомов и признаков урологических заболеваний достаточно типичны и демонстративны. Во многих случаях имеется комбинация симптомов: боль – дизурия – изменения мочи, что характерно для заболеваний органов МПС.

Вдумчивый и внимательный врач еще до инструментальных и других сложных исследований должен уметь проникнуть путем опроса и физикального исследования внутрь организма, извлечь из него и уловить все сигналы неблагополучия и использовать их для построения первичного предварительного диагноза.

Болевой синдром при заболеваниях почек

Болевой синдром сопровождает все без исключения болезни органов МПС в их развитой стадии. Однако начальные стадии даже таких серьезных и тяжелых заболеваний, как опухоли почек, мочевого пузыря и яичек, предстательной железы, ДГП, могут протекать безболезненно, что нужно учитывать при оценке других объективных признаков и субъективных проявлений этих заболеваний, имеющих в наличии без болевого синдрома.

Врач, опрашивая больного, часто сразу уходит с правильного пути, задавая вопрос: «Что болит?». Больной с достоверностью не может знать, какой внутренний орган у него болит, даже если он уже и лечился по поводу какой-то известной болезни. Это врач должен установить – что стало причиной появления болей. Правильнее начинать знакомство с болевыми ощущениями пациента не с вопроса: «Что болит?», а с вопроса: «Где болит, как болит, при каких обстоятельствах?» и т.д. Незнание этого сразу уводит врача на ложный путь. Так при синдроме хронической тазовой боли причиной болевых ощущений может быть как предстательная железа, так и прямая кишка, да и любая другая структура, расположенная в тазу. То же можно сказать и в применении к почкам. Ответ больного, что у него болит почка, даже если ранее была диагностирована почечная патология, может увести врача в сторону от заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника и т.д.

Причины возникновения почечных болей разнообразны. В патогенезе выделяют несколько факторов.

Первый фактор – раздражение нервных окончаний ткани почки. Заболевания, начинающиеся в паренхиме (опухоли, туберкулез, первично-хронический пиелонефрит) в начальных стадиях могут про-

текать с «малым» болевым синдромом. По мере увеличения размеров очага боли будут усиливаться и приобретать характер постоянных ноющих, однако интенсивность их невелика.

Второй фактор – это растяжение капсулы почек при увеличивающемся в объёме органе. Так как капсула имеет больше нервных окончаний, то болевой синдром связанный с её растяжением более интенсивен, но развивается постепенно. Боли при медленном растяжении капсулы имеют постоянный ноющий характер, имеют тенденцию к поступательному усилению интенсивности, поскольку связаны с прогрессирующими заболеваниями (растущая опухоль, увеличивающийся очаг туберкулеза или неспецифического пиелонефрита в инфильтративной стадии).

Болевой синдром более выражен при воспалительном отёке (пиелонефрит) или нарушении венозного оттока и лимфостазе при резком смещении подвижной почки. При резком увеличении объема органа боли сразу становятся интенсивными, попытки пальпации почки резко болезненны.

Третий фактор – раздражение рецепторов лоханки инородным телом (камень, не вызывающий затруднения оттока мочи) или воспаление. Если не нарушается отток мочи, боли имеют ноющий, усиливающийся при физических нагрузках характер.

Четвертый фактор – растяжение мочеточника и ЧЛС при нарушении оттока мочи. Если нарушение оттока развивается постепенно, растяжение мочеточника и лоханки также будет идти медленно. Болевой синдром в виде ноющих болей возникает постепенно и так же постепенно нарастает его интенсивность. Такая ситуация возникает при врожденных дефектах ЛМС, медленно развивающихся сужениях или сдавлении мочеточника, при «канализированном» камне мочеточника. В этих случаях развивается УГН, пиелэктазия или гидронефроз.

При быстром растяжении ЧЛС, возникающем в результате обструкции мочеточника, боли высокоинтенсивные и нестерпимые – возникает состояние, известное как почечная колика. Лоханочно-почечные рефлюксы (обратный заброс мочи из лоханки в межуточную почечную ткань) приводят к отёку почки и напряжению капсулы, что поддерживает болевой синдром после купирования острой почечной колики. Тактика врача при почечной колике будет представлена в разделе «Неотложные состояния в урологии».

Необходимо тщательно изучить обстоятельства появления болевых ощущений: беспричинные, после физических нагрузок, после какого-либо заболевания, начавшиеся постепенно или внезапно, изо-

лированные или в комплексе с другими проявлениями урологических заболеваний (дизурия, изменения мочи, с отхождением камней и т.д.) Боль может быть постоянной, неуклонно нарастающей, временами усиливающейся, поддающейся или не поддающейся лечебным воздействиям.

Требуется установить точную локализацию болевых ощущений и попросить больного показать то место, где ощущаются боли. Часто выясняется, что болит не поясница, а крестец или зона нижнего поля грудной клетки. В поясничной ямке, в углу между XII ребром и прямыми мышцами спины обычно локализуются боли при заболеваниях почек, расположенных в обычном месте. При нефроптозе или дистопии почки боли будут локализоваться ниже. Спереди почки занимают самую латеральную треть подреберья, поэтому в боковой области живота локализуются боли, связанные с почками при нормальном их расположении. Боли усиливаются при глубокой бимануальной пальпации этой области, особенно в боковом положении больного с подтянутой к животу ногой исследуемой стороны. В положении больного на спине в ряде случаев при пиелонефрите можно отметить напряжение мышц в боковой области, что свидетельствует о вовлечении в процесс околопочечных тканей и раздражении мышц переднебоковой стенки живота. Боли усиливаются при поколачивании по XII ребру и при толчках кистью в поясничную ямку. Симптом поясничного толчка выявляется при нанесении быстрыми сгибательными движениями пальцев кисти толчков в зоне костовертебрального угла, где почка ближе всего прилегает к поверхности тела. При больной почке пациент ощущает боль. Симптом Пастернацкого (поколачивания) вызывают поколачиванием по пальцу, расположенному на XII ребре, т.е. по зоне, непосредственно проецирующейся на почку. Боль, возникающую при этом, с большой долей вероятности можно относить к почке, чего нельзя сказать о боли, возникающей при поколачивании кулаком по всей кисти, уложенной в поясничной области без ориентировки на XII ребро. Боли в боковой части подреберья, усиливающиеся при быстром повороте больного на противоположный бок, также более характерны для заболеваний почек. Они возникают за счет смещения почки к средней линии, особенно если масса почки увеличена. При заболеваниях почек в процесс могут вовлекаться околопочечные ткани, возникает их отёк, что может привести к сглаживанию поясничной ямки, хорошо видимому при неярком боковом освещении визуально и определяемому поверхностной симметричной пальпацией.

Больные с болями в поясничной области, прежде чем попасть на прием по назначению – к урологу, обычно попадают к другим специа-

листам с диагнозами: радикулит, ишиорадикулит, люмбаго, миозит, остеохондроз позвоночника, поясничные грыжи, «отложение солей» и т.д. И наоборот, машины скорой медицинской помощи везут в приёмный покой «почечные колики», которые в большинстве случаев таковыми не являются. Почему так происходит? Ответ простой – врачи не имеют базовых знаний по семиотике урологических заболеваний и не знают особенностей обследования урологического больного. Медицинский маршрут таких больных оказывается длительным и запутанным, особенно если отсутствуют или не попадают в поле зрения врача другие признаки и симптомы урологических заболеваний, особенно изменения в моче и расстройства мочеиспускания.

Отличительными особенностями поясничных болей при других заболеваниях будут различия в локализации, выявляемые при тщательном опросе и осмотре. При вертеброгенной патологии боли обычно ощущаются по ходу позвоночника, усиливаются при боковых движениях туловища, наклонах вперед и назад, при осевой нагрузке, иррадиация распространяется по задней поверхности бедра. Боли локализуются по ходу нервных корешков, усиливаются при надавливании, причем боль ощущается непосредственно под давящим пальцем. Симптомы Ласега и Кернига положительны, боли усиливаются при сгибании и разгибании. При миозитах боли сосредоточены в напряженных мышцах спины, усиливаются при движениях и давлении на мышечные группы спины.

Боли, связанные с заболеваниями печени и желчного пузыря, локализуются в медиальной 2/3 реберной дуги и углу, образованному латеральным краем прямой мышцы живота и реберной дугой, т.е. в зоне желчного пузыря. Боль усиливается при поколачивании по реберной дуге. «Печеночные» боли и боли, связанные с заболеваниями поджелудочной железы и желудка, имеют более выраженную связь с нарушениями пищевого режима и приемом спиртных напитков.

Болевой синдром при заболеваниях мочевого пузыря

Боли, локализующиеся в надлобковой области, могут быть связаны с патологией мочевого пузыря. Однако в тазу расположен терминальный отдел толстого кишечника, предстательная железа, семенные пузырьки у мужчин и половые органы у женщин. Низ живота – это довольно широкая зона. Больные обычно относят к этой зоне все, что находится ниже пупка. Поэтому всегда требуется доказать связь болей внизу живота с мочевым пузырем.

Мочевой пузырь обильно, но неравномерно снабжен нервными окончаниями. Максимальную иннервацию получают область шейки, треугольника и прилежащие к ним участки. Патологические изменения в этих зонах или их раздражение дают о себе знать значительно быстрее, чем заболевания боковых стенок и верхушки мочевого пузыря.

Если рассматривать наполненный мочевой пузырь в покое, то всякий патологический процесс, развивающийся в его стенке (воспаление, опухоль, язва), способен вызвать боль. Это формирует постоянную составляющую болевого синдрома. То же можно сказать и о раздражении мочевого пузыря камнями и экзогенными предметами.

Особенность функции мочевого пузыря состоит в его постоянном наполнении и опорожнении. Это формирует переменную составляющую болевого синдрома. Существующие постоянные боли могут усиливаться на высоте наполнения пузыря, что зависит от растяжения ригидной в зоне поражения стенки, или в конце мочеиспускания, что связано с травмой слизистой в зоне поражения при сокращении опорожненного пузыря. Усиление боли в конце мочеиспускания характерно для поражения шейки мочевого пузыря и треугольника, так как именно на эту зону приходится заключительное давление детрузора. Камни и инородные тела по мере опорожнения мочевого пузыря перемещаются в область шейки мочевого пузыря и также вызывают усиление болей в самом конце мочеиспускания. При заполнении мочевого пузыря тесное соприкосновение стенок между собой или с инородным телом исчезает, боли исчезают, остается только постоянный компонент. Переменную составляющую болевого синдрома при камнях и инородных телах также вызывают физические нагрузки и движения, при этом усиливаются боли над лоном и мочеиспускание становится более частым.

Боли, вызванные заболеваниями шейки мочевого пузыря обычно иррадиируют в половой член и по ходу уретры вплоть до головки. Больные часто разминают руками головку полового члена, что по механизму отвлечения способствует некоторому уменьшению болей. Реже наблюдается иррадиация в прямую кишку, а у женщин – во влагалище.

Сильные боли над лоном, сопровождающиеся отсутствием мочеиспускания, связаны с ОЗМ и могут распространяться на весь живот. В остальных же случаях боли локализуются непосредственно над лобком или даже за лобком по средней линии. Боли внизу живота, отклоняющиеся от средней линии в подвздошно-паховые области, обычно не типичны для мочевого пузыря. Они могут быть связаны с

грыжей, крипторхизмом (неопущение яичка), заболеваниями семенных пузырьков у мужчин и придатков матки у женщин.

Пузырный болевой синдром очень редко бывает изолированным. В большинстве случаев он сочетается с различными нарушениями мочеиспускания в виде учащения и болезненности, что определяется общим термином «дизурия».

Вышеуказанные характеристики позволяют с большой долей вероятности установить связь болевого синдрома с заболеваниями мочевого пузыря.

У женщин боли внизу живота по средней линии могут быть связаны с заболеваниями матки. При этом могут возникать и симптомы раздражения мочевого пузыря в виде неприятных ощущений при растяжении и в конце мочеиспускания. В данном случае урологические симптомы вторичны и окончательному выяснению причин болевого синдрома может способствовать тщательно собранный гинекологический анамнез, указывающий на перенесенные гинекологические заболевания, усиление болей и неприятных ощущений на фоне месячных.

Болевой синдром, связанный с заболеваниями мочевого пузыря имеет достаточно четкую локализацию, в большинстве случаев связан с фазами наполнения и опорожнения мочевого пузыря и сопровождаются различными расстройствами мочеиспускания и мочевым синдромом. Эти характеристики позволяют достаточно четко дифференцировать «пузырные боли» от других болей внизу живота.

Болевой синдром при заболеваниях предстательной железы и семенных пузырьков

Расположение предстательной железы в самом центре тазового нервного сплетения создает условия для формирования полиморфного болевого синдрома, как по характеру, так и по локализации.

Как и почка, предстательная железа заключена в довольно плотную капсулу. Всякий патологический процесс, вызывающий увеличение объема железы и растяжение её капсулы, будет вызывать боль (воспаление, гиперплазия, опухоли, застойное венозное или секреторное состояние). Будут усиливать боли все факторы, способствующие венозному и секреторному застою в железе: сидячий образ жизни, гиподинамия, запор, различные суррогаты половых сношений (прерванный или продленный половой акт), половое воздержание.

Боли при РПЖ нарастают до тех пор, пока опухоль растягивает капсулу и не вышла за ее пределы. С прорастанием капсулы напряжение и боль временно уменьшаются. Однако одновременно с этим зона иррадиации болей расширяется из-за вовлечения рядом лежащих

структур и снова наступает неуклонное нарастание их интенсивности. Боли в костях таза и позвоночнике обычно связаны с довольно быстрым метастазированием РПЖ в кости. Это так называемые «мифические радикулиты» у мужчин старше 50 лет, связанные с метастазами РПЖ в позвонки. Затрудненное и учащенное мочеиспускание указывают на возможное заболевание простаты. Поэтому существует правило: если у мужчин в возрасте более 50 лет без внешне видимых традиционных причин (переохлаждение, физические перегрузки и др...) возникает «радикулит», особенно не поддающийся общепринятым методам лечения и прогрессирующий несмотря на лечение, такой мужчина должен обязательно подвергаться ректальному исследованию предстательной железы для исключения РПЖ. При подозрении на опухоль (очаговые уплотнения в железе, асимметрия) выполняется трансректальное УЗИ и исследование крови на ПСА. До тех пор пока диагноз РПЖ не будет исключен, диагноз «радикулит» не может быть установлен. Нельзя назначать тепловое лечение и физиотерапию. В развитых странах все мужчины старше 45 лет независимо от повода обращения к врачу подвергаются ректальному исследованию, при котором может быть заподозрен РПЖ. Поэтому частота РПЖ там значительно выше, чем у нас (лучше выявляемость), но и стадии значительно более ранние, когда возможно проведение радикального оперативного лечения.

Семенные пузырьки прилегают к базальным отделам боковых долей предстательной железы. Боль возникает при раздражении и сдавлении рецепторов ткани самих пузырьков и их капсулы (воспаление, застойные явления и опухоль).

Расположение предстательной железы и семенных пузырьков в глубине таза, их плотная связь с шейкой мочевого пузыря и прямой кишкой полностью исключают возможность изолированной симптоматики, что значительно усложняет первичную идентификацию симптомов и установление связи с патологией этих органов.

Выраженность болевого синдрома может быть разнообразной. Боли могут быть настолько интенсивными, что их характеризуют как рвущие, жесточайшие (при РПЖ), их сравнивают с ощущением раскаленного предмета в прямой кишке (при остром простатите и абсцессе). Они могут быть ноющими, изнуряющими, усиливающимися при незначительных отклонениях от привычного режима и ритма жизни (запор, охлаждение, рюмка водки).

Локализация также захватывает обширные зоны: надлобковую область при заболеваниях простаты и в пахово-подвздошную при заболеваниях семенных пузырьков. Боли могут локализоваться в крест-

це, промежности, прямой кишке и часто иррадиируют в бедро, в половой член и яички.

Поскольку заболевания простаты и семенных пузырьков часто сопровождаются учащенным и болезненным мочеиспусканием, врачи с легкостью ставят диагноз «цистит», забывая или не вспоминая о возможной связи этих симптомов с болезнями предстательной железы и семенных пузырьков.

При болезнях предстательной железы и семенных пузырьков имеются указания в анамнезе на перенесенные в прошлом уретриты, циститы и простатиты, о злоупотреблении различными суррогатами половых сношений, снижении потенции и нарушении полового акта, усилении болей после полового акта. Эректильная дисфункция – своеобразный маркер состояния предстательной железы и семенных пузырьков.

Острые боли в прямой кишке, крестце и промежности, которые возникают на фоне высокой температуры и ознобов, сопровождающиеся нарушениями мочеиспускания, вплоть до ОЗМ, более характерны для острого паренхиматозного простатита или абсцесса простаты. Высокоинтенсивные, не поддающиеся обычному лечению боли в этих зонах, медленно и неуклонно нарастающие в интенсивности, ХЗМ – подозрительны на РПЖ у пожилых людей. Постоянные, ноющие, изматывающие боли в крестце, прямой кишке, в промежности, над лонем, заставляющие больных постоянно концентрировать на них внимание, нарушения мочеиспускания и эректильная дисфункция типичны для хронического простатита, камней и склероза простаты.

Часто больные с типичным набором «простатических» жалоб обследуются у разных врачей с разными диагнозами. Особенно опасно это при РПЖ, когда вслед за неправильным диагнозом назначается противопоказанное при раке лечение.

Поскольку предварительный диагноз РПЖ часто может быть поставлен при ректальном исследовании, оно должно быть обязательным компонентом в обследовании пациента. При воспалительных заболеваниях простаты и семенных пузырьков оценка этих органов и получение отделяемого (секрета) невозможно без ректального исследования. Все «пузырные» симптомы, обнаруженные у больного, требуют обязательного ректального исследования. Сравнив ощущения, которые больной испытывает при ректальном исследовании, с теми, которые беспокоят больного, можно с достоверностью подтвердить или отвергнуть их связь с заболеванием простаты и семенных пузырьков.

Болевой синдром при заболеваниях уретры и полового члена

Ранее уже говорилось о иррадиирующих болях в половом члене, уретре. Причинами могут быть заболевания мочевого пузыря (шеечные циститы, камни и опухоли), предстательной железы (простатит, рак), камни предпузырного и интрамурального отделов мочеточника. Это обстоятельство нужно иметь в виду, так как это позволяет избежать диагностической ошибки и ненужных поисков несуществующих заболеваний уретры, полового члена и яичек.

Боли в уретре, или по ходу уретры, в одних случаях могут быть самостоятельными. Они обычно ноющие, ощущаются в зоне поражения и возникают при опухоли, дивертикуле, фиксированном камне, в месте травмы. В ряде случаев эти боли усиливаются при мочеиспускании. При пальпации уретры удается достаточно четко определить локальную зону болезненности, а иногда и уплотнение в этой зоне. В других случаях боли (рези) возникают при мочеиспускании, что является признаком уретрита.

Боли в половом члене могут ощущаться в головке, в висячей или промежностной части и обычно усиливаются при эрекциях и во время полового акта. Причинами являются баланопостит, фимоз, парафимоз, опухоли, различные изъязвления. При осмотре может быть обнаружена олеогранулема полового члена, возникшая из-за введения вазелинового масла под кожу. Блокада лимфатических путей вызывает развитие плотного отека с последующим изъязвлением кожи и более глубоких тканей. Увеличение полового члена по толщине и длине не долго «радует» больного. Изъязвления требуют проведения многократных кожных пластических операций, в результате которых редко удается вернуться к исходному состоянию. Может развиваться эректильная дисфункция. Введение в крайнюю плоть с целью «повышения эрогенности» органа пластиковых и стеклянных шариков, бус, дробы может вызывать боль при половом акте. Инеродные тела в уретре вызывают боль, уретроррагию и нарушения мочеиспускания.

Боль в половом члене может возникать при посттравматических и воспалительных рубцовых кавернитах и фиброзной индурации полового члена (болезнь Пейрони), проявляющаяся образованием бляшек в белочной оболочке. В обоих случаях возникает искривление полового члена при эрекциях и боль в зоне искривления. Часто нарушаются и сами эрекции, что иногда делает невозможной половую жизнь и вызывает психические нарушения. Искривление может быть в разные стороны. Лечение болезни Пейрони сложное и не всегда эффективное. Консервативное лечение (рассасывающая терапия всех

видов, физиотерапия, токоферол, введение в область уплотнений верапамила, гидрокортизона и т.д.) редко дает хорошие результаты. Обычно эффективны только хирургические методы – рассечение/иссечение рубцово-измененной белочной оболочки и замещение дефекта различными материалами, выравнивание полового члена (операция Несбита).

Острые боли в половом члене могут возникать при ушибах и переломах полового члена. Приапизм – болезненная эрекция, не сопровождающаяся либидо и сексуальной стимуляцией, связанная чаще всего с нарушением оттока венозной крови из кавернозных тел. При длительной (>4 часов) и болезненной эрекции мужчина должен обратиться за помощью к урологу.

У женщин боли в уретре также могут быть самостоятельными или возникающими во время мочеиспускания. Иррадиирующие боли имеют те же причины, что и у мужчин. Причинами самостоятельных, постоянных, ноющих болей в уретре у женщин являются опухоли уретры, парауретральные кисты, выпадение и изъязвление слизистой, воспаления скеновых желез. Эти боли часто усиливаются во время полового акта.

Болевой синдром при заболеваниях мошонки и её органов

Боль может иррадиировать в яички из других органов. Такое возможно при прохождении камня мочеточника в зоне его перекреста с семявыносящим протоком. Раздражение передается по семявыносящему протоку на придаток и яичко. Иррадиирующие боли в яичке могут возникать в начальных стадиях формирования паховых грыж, когда семенной канатик сдавливается в области внутреннего отверстия. При воспалительных заболеваниях и опухолях семенных пузырьков и простаты боль может распространяться по семявыносящему протоку в яички. Об этих особенностях нужно всегда помнить и если есть боль в яичке, но при пальпации не определяется никаких изменений, нужно обследовать мочевой пузырь, предстательную железу и мочеточники.

Боли, связанные непосредственно с заболеваниями органов мошонки, могут быть острыми и ноющими. Острые возникают при остром орхоэпидимите, травме, перекруте семенного канатика и гидатид (привески придатка и яичка). Интенсивность обычно очень высокая, что связано с резким напряжением капсулы и сдавлением паренхимы воспалительным инфильтратом, гематомой, а также ишемией яичка при перекруте семенного канатика. Боли иррадиируют вверх по ходу пахового канала и в подвздошную область. Пальпация увеличенного и напряженного яичка и придатка крайне болезненна. Кожа при этом

может быть гиперемированной и отечной. Все острые заболевания органов мошонки объединяются под названием синдром «острой мошонки», что определяет неотложность состояния и такую же неотложность необходимых лечебных мер. Необратимые изменения в яичке при перскруте семенного канатика могут наступить, по данным разных авторов, уже через 6-10 часов. Острые боли могут быть связаны также с рожистым воспалением и гангреной кожи мошонки (гангрена Фурнье).

Ноющие боли в мошонке возникают при сдавлении ткани яичка, придатка или семенного канатика, нарушении кровообращения, увеличении веса содержимого мошонки и вследствие этого натяжения семенного канатика. К этому приводят хронические воспалительные заболевания яичка и придатка, туберкулез, гидроцеле, варикоцеле. Опухоли яичка также могут вызывать ноющие боли. Однако коварство опухолей яичка состоит в том, что они часто протекают без болей, вследствие чего больные и врачи недооценивают опасность безболезненного увеличения и уплотнения яичка. Часто болезнь оказывается запущенной, а метастазы в региональные лимфатические узлы возникают довольно быстро.

Для боли в мошонке характерно её усиление при физических нагрузках, после длительной ходьбы. При варикоцеле боли усиливаются после полового возбуждения.

Диагностика заболеваний «интимных» органов трудна для врачей общей практики по причине того, что вроде бы не принято вести направленный и активный опрос об органах, спрятанных под трусами. Поэтому не редкость запоздалое обращение к урологу по поводу опухолей яичка, когда уже есть метастазы, или по поводу варикоцеле, когда уже наступила атрофия яичка. Виновниками являются и больные, которые слишком скрупулезно оберегают от внимания врача свои «тайны», скрытые «под трусами».

При диагностике заболеваний мошонки всегда нужно помнить, что яички могут располагаться не в мошонке. Возможна эктопия яичка под кожу живота, на бедро, на промежность. Яичко может остановиться на пути своего следования в мошонку в брюшной полости, в паховом канале. Такие ненормально расположенные яички в большей мере подвержены травматизации. Поэтому при наличии болезненности в названных зонах и отсутствии яичек в мошонке нужно помнить о возможности эктопии яичка или крипторхизма. При острых воспалительных заболеваниях или перекруте таких яичек часто проводится дифференциальная диагностика с острым аппендицитом или ушем-

ленной грыжей, а диагноз устанавливается обычно при экстренной операции.

Боль является одним из самых частых симптомов почти всех заболеваний МПС. Выявить то заболевание, которое привело к появлению болевого синдрома, не всегда просто. Всегда нужно определить точную локализацию и выяснить основные черты и особенности болевого синдрома путем опроса. В этом может помочь знание патогенеза, учёт нарушений мочеиспускания и изменений со стороны мочи.

Нарушения выделения мочи

Полиурия и олигурия редко возникают при урологических заболеваниях. Полиурия – патологическое увеличение суточного диуреза (мочи более 2 литров). Моча имеет низкую относительную плотность (1002-1012). При сахарном диабете моча имеет высокую относительную плотность. Полиурия сопровождается учащенным мочеиспусканием, но каждый раз выделяется большое количество мочи. Олигурия – патологическое снижение суточного диуреза (менее 500 мл.) И то, и другое требует тщательного уточнения, так как колебания количества мочи могут отражать кроме чисто алиментарных факторов состояние почек, сердца, эндокринной системы, особенностей обмена и т.д.

Часто и увеличение, и уменьшение количества суточной мочи может быть связано с обильным приемом или обильной потерей жидкости. Мал прием жидкости, большие потери (потение, диарея, рвота, лихорадка и др...) – мало мочи. Обильное питье, внепочечные потери обычные – много мочи, она менее концентрированная. Однако в последнем случае необходимо тщательно выяснить, почему больной пьет много воды. Это не всегда «плохая привычка». За этим может скрываться жажда, связанная с сахарным или несахарным диабетом или скрытой, начальной формой ХПН. Увеличенное выделение мочи ночью (никтурия) может быть одним из первых симптомов скрытой сердечно-сосудистой недостаточности. Ночной диурез увеличивается за счет более благоприятных условий для работы сердца ночью и улучшения почечного кровотока.

Уменьшение количества выделяемой за сутки мочи менее 500 мл. расценивается как олигурия, что чаще имеет алиментарный характер. В других случаях олигурия может сигнализировать о серьезном нарушении функции почек при ХПН, отравлении, травме, сердечно-сосудистой недостаточности, эндокринных заболеваниях.

Крайней формой нарушения мочевыделения является анурия – полное или почти полное прекращение выделения мочи почками или

прекращение поступления мочи в мочевой пузырь из-за обструкции мочеточников. В изолированном виде жалоба на анурию не встречается. Анурия – симптом ОПН при тяжелом поражении почек или обструкции мочеточников. Условно выделяют три основные группы анурии – преренальную, ренальную и постренальную. Преренальная анурия возникает при нарушении кровообращения на допочечном уровне, сопровождающемся резким падением артериального давления независимо от генеза и при тромбозе почечных артерий. Ренальная, или секреторная анурия может возникать на фоне самых разнообразных экзогенных и эндогенных интоксикаций и травм (отравления, синдром разможнения, септические состояния, гангренозный панкреатит, перитонит и т. д.), когда имеет место некроз и слушивание почечного эпителия. Постренальная или экскреторная анурия чаще всего возникает при двухсторонней обструкции мочеточников или при нарушении оттока мочи из единственной почки. При восстановлении оттока мочи (катетеризация мочеточника, нефростомия, отхождение камня) она имеет благоприятный прогноз, так как почки во время обструкции выделяли мочу, но она всасывалась обратно через систему форникальных рефлюксов. В данном случае абсолютно необходима помощь уролога.

Дизурия

Нарушения со стороны выведения мочи (мочеиспускания) часто объединяют в единый синдром – дизурия. Это расстройство мочеиспускания без расшифровки нарушений с тех составляющих, которые входят в акт мочеиспускания (удержание мочи, частота, скорость, полнота, комфортность, управляемость). Поскольку в клинической практике могут встречаться как комплексные, так и изолированные нарушения этих составляющих, это дает повод выделять соответствующие частные симптомы, входящие в понятие дизурии. Сюда входят поллакиурия (учащенное мочеиспускание), странгурия (затрудненное, вплоть до задержки, мочеиспускание), недержание мочи. В узком смысле под дизурией подразумевают учащенное и болезненное мочеиспускание.

Дизурия – широкий обобщенный сигнальный синдром неблагополучия в НМП и в половых органах. Все заболевания мочевого пузыря, уретры, предстательной железы и семенных пузырьков у мужчин сопровождаются в той или иной степени выраженной дизурией.

Частое мочеиспускание – это чаще чем 1 раз в 2 часа, более 8 раз за дневной период и более 1 раза за ночной период времени. Частота мочеиспускания формируется на основе двух факторов: количе-

ства выделяемой (и выводимой) мочи и емкости мочевого пузыря. Увеличение количества мочи при заданной (неизменной) емкости мочевого пузыря, так и уменьшение емкости МП при нормальном количестве мочи будут одинаково проявляться учащенным мочеиспусканием.

Истинная поллакиурия не связана с увеличением суточного количества мочи. Это состояние называется полиурия. Полиурия может говорить о наличии у больного заболеваний органов и систем, далеко отстоящих от урологической сферы. Поэтому комплекс симптомов, включающих ложную поллакиурию, полиурию и полидипсию (жажду), требует глубокого исследования больного для исключения различных форм диабета и ХПН.

Истинная поллакиурия связана, во-первых, со сморщиванием мочевого пузыря в результате хронического воспаления. Внешне проявляется, прежде всего, уменьшением разовых порций мочи. Позывы возникают при строго определенном наполнении. Частота одинакова днем и ночью. При достижении предела растяжимости возникает боль, позыв удерживается с большим трудом и больной должен помочиться. В прошлом имеются указания на перенесенный интерстициальный цистит или длительно протекающий туберкулез почек. При опухолях поллакиурия часто сочетается с гематурией. Для уточнения причины исследуется моча на возбудителя туберкулеза и раковые клетки. Завершает диагностический процесс цистоскопия и цистография.

Во-вторых, истинная поллакиурия связана со снижением функциональной емкости МП из-за повышения раздражимости рецепторов МП, что связано с циститом, начальными формами туберкулеза и опухолей мочевого пузыря. Отличительные особенности: наличие мочевого синдрома в виде пиурии или гематурии. Возможные причины при цистите: охлаждение, перенесенные перед этим воспалительные заболевания других органов, у женщин – гинекологические заболевания. Поллакиурия при цистите сопровождается резью при мочеиспускании и болью на пике наполнения мочевого пузыря. Первичный цистит у женщин излечивается коротким курсом антибиотикотерапии (фторхинолоны, нитрофураны, монурал). При сохраняющихся жалобах более 2 недель показан посев мочи, уролог определяет показания к цистоскопии.

В-третьих, истинная поллакиурия может иметь неврогенный характер. Это бывает при повышении возбудимости всех вышележащих (спинальных, подкорковых и корковых) центров иннервации пузыря, при ослаблении корковых тормозных влияний (так называемый гипе-

рактивный мочевой пузырь у «нервных» детей и женщин с повышенной возбудимостью, что отражает слабость тормозных корковых влияний). «Неврогенная» поллакиурия обычно протекает без «мочевого синдрома» и сопровождается признаками неблагополучия со стороны спинного мозга и проводящих путей. Здесь необходима консультация врача-невролога.

В-четвертых, истинная поллакиурия может возникать при раздражении мочевого пузыря изнутри (камни, уретероцеле, инородные тела) и снаружи (заболевания предстательной железы, уретры, почек и мочеточников, прямой кишки, женских половых органов).

У детей частота мочеиспускания зависит от возраста. Для новорожденных и детей полутора лет жизни характерно замыкание импульсов, исходящих из мочевого пузыря, на спинальном и подкорковом уровне. Мочеиспускание происходит рефлекторно, без коркового контроля. Частота мочеиспускания незаторможенная, т.е. высокая.

Сложнее обстоит дело с так называемой «цисталгией» у женщин. При этом имеется резко учащенное мочеиспускание, однако «мочевой» синдром отсутствует, нет видимых изменений и при цистоскопии. В этих случаях обычно помогает лечение расслабляющими мочевой пузырь препаратами (дриптан, детрузитол, везикар, новитропан и др...) и местная терапия эстрогенами при отсутствии противопоказаний (овестин, фемостон).

Синдром редкого мочеиспускания – это чаще всего синдром нарушения иннервации и ХЗМ, что требует комплексного исследования уролога и невролога.

Уменьшение частоты мочеиспускания (олигакиурия) возникает при снижении чувствительности МП, связанное с нарушениями иннервации. Это может наблюдаться на уровне МП при чрезмерном хроническом растяжении пузыря из-за ХЗМ, вызвавшем дистрофические изменения нервно-мышечного аппарата пузыря, на уровне СПМ при различных его заболеваниях, на уровне периферических нервных сплетений и проводящих путей (повреждение при операциях в тазу, воспалительные и дегенеративные заболевания нервов при алкоголизме, сахарном диабете). Редкое мочеиспускание часто сопровождается ослаблением позыва и затруднением при мочеиспускании. Коварство синдрома состоит в том, что редкое мочеиспускание не сопровождается болями. Больные становятся безучастными к мочеиспусканию, исподволь развивается ХПН и другие грозные осложнения. При полной ХЗМ развивается парадоксальное недержание мочи – мочевой пузырь превращается в перерастянутый, не сокращающийся резервуар, из которого, как из переполненного сосуда по каплям вытека-

ет моча с такой же периодичностью, с которой она поступает в пузырь из мочеточников. Состояние достаточно легко диагностируется по растянутому иногда до пупка мочевому пузырю, который пальпируется и определяется на глаз.

Болезненное мочеиспускание

Нормальное мочеиспускание – свободное и безболезненное, доставляющее в конце удовлетворенность, облегчение. В норме человек не следит за его частотой и характером. Потребность в нем приходит и уходит естественно, как бы незаметно.

Болезненное мочеиспускание связано с патологией мочевого пузыря, уретры и у мужчин – простаты.

Боли могут возникать перед мочеиспусканием, в самом начале мочеиспускания, сопровождать весь акт мочеиспускания и удерживаться некоторое время после него.

Формирование болевого синдрома перед мочеиспусканием, связано с поражением нешеечной части МП (воспаление, язва, опухоли с прорастанием стенки, рубцовое сморщивание). Боль при патологии этого отдела МП будет сохраняться и в ходе мочеиспускания, когда мочевой пузырь активно сокращается.

Боли вначале и при мочеиспускании по ходу уретры связаны с её патологией (воспаление, опухоль и др...).

Боль в конце мочеиспускания связана с раздражением воспаленной или пораженной опухолью шейки МП и прилегающих к ней предстательной железы и задней уретры. Такой же механизм при камнях и инородных телах мочевого пузыря. В конце мочеиспускания они смещаются в шейку пузыря и травмируя ее, вызывают боль. Боль при патологии этих органов остается и некоторое время после мочеиспускания, что поддерживается тесным соприкосновением тканей МП и воспаленной шейки. Как только в пузыре накапливается хотя бы немного мочи, воспаленные ткани разобщаются и боль утихает. Окончательно различит эти заболевания уролог.

Затрудненное мочеиспускание

В норме мочеиспускание происходит свободно. Ни его начало, ни продолжение почти не требуют усилий. Струя мочи с напором, имеет параболическую форму, непрерывная, управляемая. Завершается мочеиспускание чувством полного опорожнения мочевого пузыря и удовлетворения.

Затрудненное мочеиспускание встречается в основном, у мужчин. При этом возникают жалобы на вялую, не подчиняющуюся натуживанию струю мочи, затрудненное начало мочеиспускания. Струя мочи становится тоньше, она вялая, разбрызгивается, прерывистая, мочеиспускание более длительное, не приносит в конце чувства полного опорожнения мочевого пузыря. Над лобком или за лобком остается чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. При опухолях к затрудненному мочеиспусканию очень быстро присоединяется болезненность, особенно в конце мочеиспускания. Камни и инородные тела вызывают прерывистую струю мочи, наблюдается заклинивание струи мочи, а также боли в конце мочеиспускания.

Синдром затрудненного мочеиспускания возникает вследствие увеличения уретрального сопротивления (инфравезикальная обструкция) и/или уменьшением изгоняющей силы детрузора (пузырные причины) или имеется их комбинация. Признаком наступившей вторичной атонии считается присоединение к затрудненному мочеиспусканию ослабления позыва, т.е. снижение чувствительности мочевого пузыря.

Обнаружение затрудненного мочеиспускания требует немедленного лечения, иначе это приводит к атонии мочевого пузыря, мочеочечников и лоханок, возникает обструктивный пиелонефрит с угрозой уросепсиса и ХПН, что быстро приводит к смерти.

Существуют внутриуретральные факторы: стеноз наружного отверстия уретры, врожденные клапаны и приобретенные стриктуры, дивертикулы, опухоли и камни уретры, контрактура шейки МП, гипертрофия семенного бугорка. Воспалительные стриктуры уретры обычно возникают в области наружного отверстия уретры при фимозе и баланопоститах, при гипоспадии и как следствие ИППП. Амбулаторно уролог может рассечь (на 3 и 9 часах) сужение наружного отверстия уретры при гипоспадии. Сужение дистальной уретры и наружного отверстия уретры у девочек лечат бужированием. Рецидивы этих заболеваний и остальные виды стриктур лечат в специализированных учреждениях.

При врожденных дивертикулах уретры как причине затрудненного мочеиспускания по ходу уретры может возникать тестообразное выпячивание, плотное при наличии там камня, при надавливании на которое из уретры выделяется несколько капель мочи.

Травматические стриктуры выявляют из анамнеза (перелом костей таза, падение на промежность или удар в промежность в прошлом) и подлежат обследованию и лечению в урологических учреждениях.

Внеуретральные причины затрудненного мочеиспускания: ДГП и РПЖ, острый простатит, склероз предстательной железы. При этом характерно сочетание затрудненного мочеиспускания с учащенным, особенно в ночное время. Нужно помнить, что дизурия при РПЖ – поздний симптом, а при ДГП – ранний.

При остром простатите кроме затрудненного мочеиспускания имеются и другие признаки острого воспаления – боли в промежности, крестце, в прямой кишке, высокая температура и ознобы, резкая болезненность при мочеиспускании. При склерозе простаты в анамнезе можно найти указания на перенесенный в прошлом простатит и его хроническое течение с частыми обострениями.

Пузырные причины могут быть механические: склероз, опухоль шейки и камни мочевого пузыря. При склерозе шейки затрудненное мочеиспускание наблюдается днем и ночью, болезненности нет. При дивертикуле оно сопровождается симптомом мочеиспускания в два приема, при камнях и пришеечных опухолях – симптомом заклинивания.

Динамический компонент обструкции возникает при нейрогенных расстройствах мочеиспускания (недоразвитие, заболевания и повреждения СПМ или ЦНС). В этих случаях затрудненное мочеиспускание сопровождается ослаблением позыва, быстрым появлением остаточной мочи. Расстройство мочеиспускания, как правило, сопровождается расстройствами со стороны кишечника в виде постоянных запоров или недержания кала.

Спектр заболеваний, приводящих к затруднению мочеиспускания у женщин – другой. Это склероз дистальной части уретры, полипы уретры, сдавление уретры опухолями, исходящими из матки и придатков, рак уретры. У пожилых женщин, особенно многорожавших, причиной затрудненного мочеиспускания может быть девиация уретры, вызванная сильным опущением матки и стенок влагалища. Способствует правильному диагнозу осмотр и исследование уретры бужами и женских половых органов в зеркалах.

Самый простой способ оценки затрудненного мочеиспускания – домашняя урофлоуметрия с измерением скорости и времени мочеиспускания. Для этого нужен секундомер и мерный сосуд. Пациент мочится в мерный сосуд и отмечает время мочеиспускания в секундах. Делением объема мочи на число секунд определяют объемную скорость мочеиспускания, которая в норме колеблется от 15 до 25 мл/сек у женщин и от 15 до 20 мл/сек у мужчин. Результат считается достоверным при количестве выведенной мочи не ниже 150 мл.

Задержка мочи

Практически все варианты затрудненного мочеиспускания рано или поздно приводят к ХЗМ. Вначале возникает компенсация (гипертрофия детрузора), затем развивается частичная задержка мочи (нарастание остаточной мочи после мочеиспускания из-за снижения сократимости детрузора и растяжения МП) и затем полная задержка мочи, когда МП теряет способность к сокращению.

ХЗМ проявляется чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, незавершенностью акта мочеиспускания, чувством неудовлетворенности мочеиспусканием, отсутствием активного заключительного сокращения пузыря и уретры, выбрасывающего весь остаток мочи. Пальпируется и определяется перкуторно МП.

Наличие и количество остаточной мочи можно определить разными методами: катетеризацией мочевого пузыря после мочеиспускания и неинвазивно с помощью УЗИ. Остаточная моча в количестве более 150-200 мл. является свидетельством неэффективности консервативного лечения и необходимости направления больного к урологу для принятия других лечебных мероприятий.

При прогрессировании ХЗМ притупляется позыв на мочеиспускание, а при полной задержке нет позыва и моча постоянно капает.

Биохимическое исследование крови может выявить увеличение содержания мочевины и креатинина, изотопная ренография – нарушение функции почек, проба Зимницкого – гипо/изостенурию. Больные отмечают жажду и сухость во рту. Именно врач общей практики должен первым выявить эти симптомы ХПН и направить больного к урологу.

Появление в условиях ХЗМ боли в поясничной области, лихорадки и ознобов, токсических изменений в крови всегда должны настораживать врача, так как это симптомы обструктивного пиелонефрита, который может привести к уросепсису. В таких условиях не размышляют о том, какое лечение больному предпочтительно. Необходимо отведение мочи методом троакарной пункции или эпицистостомии.

Тактика врача при ОЗМ представлена в разделе «Неотложные состояния в урологии».

Недержание мочи

Для больного недержание мочи представляется однозначным – он бесконтрольно теряет мочу, «не держит мочу». Для врача недержание мочи включает понимание различных состояний. Различают

стрессовое, императивное и смешанное недержание мочи. Все эти виды являются истинными формами недержания мочи, когда потеря мочи происходит по уретре.

При стрессовом НМ хорошо ощущается позыв, хорошо удерживаются моча в лежачем положении или в спокойном состоянии. Но при переходе в вертикальное положение, при физических нагрузках, ходьбе, беге, смехе, кашле, т.е. когда давление на мочевой пузырь и тазовую диафрагму увеличивается, моча теряется вне позыва на мочеиспускание (от нескольких капель мочи до обильной потери). Чаше данное состояние возникает после тяжелых и осложненных родов. Причинами является ослабление сфинктерного аппарата мочевого пузыря, уретры, мышц тазового дна и промежности. Стрессовым фактором для МП является физическая нагрузка. Диагностика простая, доступна врачу общей практики – выполнение «кашлевой пробы». Женщину в гинекологическом положении при наполненном мочевом пузыре просят кашлянуть. При этом из уретры выбрасывается струйка мочи. Можно видеть также опущение стенок влагалища и матки различной степени.

Частичное недержание мочи (I степень) лечится консервативно. Назначают упражнения, способствующие укреплению мочеполовой диафрагмы и препараты, расслабляющие МП. Полное НМ подлежит хирургическому лечению, которое позволяет ликвидировать этот тягостный симптом в 85-90% случаев.

При императивном недержании мочи больные теряют мочу из-за невозможности удержать императивный позыв на мочеиспускание («не добегают до туалета»). Возникает как осложнение при остром или подостром воспалении, особенно его шеечной зоны, при опухолях, камнях, заболеваниях предстательной железы, при туберкулезе пузыря. Неудержание мочи практически всегда сопровождается частым и болезненным мочеиспусканием.

Существуют также три степени тяжести НМ.

В одних случаях (тяжелая степень) больные теряют мочу постоянно, без позывов на мочеиспускание, они постоянно мокрые независимо от положения тела (лежа, стоя, сидя). Это полное недержание мочи. Она объединяет неврогенные расстройства как врожденные – на почве врожденных дефектов терминального отдела СПМ, связанных с недоразвитием крестца и копчика, менингомиелоцеле, спинномозговых грыж, так и приобретенные – при воспалительно-дегенеративных заболеваниях СПМ, травме, аномалиях развития. Такое состояние встречается у женщин после травмы сфинктера при родах и при гинекологических операциях, у мужчин при травматическом разрыве

уретры и разрушение сфинктера мочевого пузыря при операциях на предстательной железе.

В других случаях (средняя степень тяжести) отмечается потеря мочи также без позыва, но только в положении стоя или при физическом напряжении, ходьбе, беге. В спокойном лежачем положении больные хорошо удерживают мочу.

В более легких случаях моча удерживается в положении стоя, но без физических напряжений и других ситуаций, вызывающих даже кратковременное напряжение брюшного пресса (кашель, смех, поднятие тяжестей).

Энурез — ночное недержание мочи. При этом недержания мочи как такового нет. Больные (чаще это дети и юноши) хорошо чувствуют позыв, в бодром состоянии хорошо удерживают мочу, однако во сне происходит непроизвольное неконтролируемое мочеиспускание в постель. Уролог обычно исключает урологическую патологию. Однако обследование традиционными методами редко выявляет какие-либо местные изменения со стороны мочевого пузыря и уретры. Имеет место незаторможенный, гиперрефлекторный мочевой пузырь при слабости коркового компонента рефлекса на произвольное мочеиспускание. С возрастом у многих больных энурез проходит самостоятельно. Однако это состояние может восстановиться под влиянием болезни, психотравмы, других неблагоприятных жизненных обстоятельств. Считается, что к 18 годам НМ может сохраниться не более чем у 1% болевших в детстве. Лечение обычно комплексное, длительное, с привлечением психотерапевта.

Ложное недержание мочи обычно полное, оно внеуретральное и встречается при тяжелых аномалиях развития (эктопия устья мочеточника вне мочевого пузыря, экстрофия мочевого пузыря, тотальная эписпадия).

Опыт показывает, что врачи общей практики и их больные не всегда различают эти состояния. Например, дети с полным недержанием мочи часто длительно лечатся от энуреза. Женщины, страдающие императивным недержанием мочи могут длительно получать лечение от хронического цистита.

Среди врачей нередко встречается и недооценка синдрома, особенно у детей и пожилых людей. Для первых есть готовый ответ — «с возрастом пройдет!», для вторых — «а что вы хотите, у вас ведь возраст!». А между тем недержание мочи — это лишь симптом, часто сигнализирующий о серьезных заболеваниях.

Синдром дизурии, расстройств мочеиспускания, недержания мочи является важнейшим сигнальным синдромом неблагополучия в

НМП. Для успешного устранения этих симптомов необходимо направлять больных к урологу.

Мочевой синдром

Об изменениях количества мочи говорилось выше. Относительная плотность мочи в норме имеет разницу 8 ед. между максимальным и минимальным значением. При гломерулярных поражениях почек, сопровождающихся полиурией, она не падает ниже 1010, при канальцевых поражениях она может достигать 1004-1005, а при сахарном диабете – еще ниже.

Может изменяться прозрачность, окраска и цвет мочи. Степень изменения прозрачности может быть самой различной – от легкой опалесценции, заметной только в прозрачной банке, до молочной мутности. Причины изменения прозрачности также могут быть различными. Чаще всего это примесь солей фосфатов и карбонатов, гноя и лимфы (хилурия). Хилурия возникает при патологическом сообщении между крупными лимфатическими сосудами и мочевыми путями при паразитарных заболеваниях. Если добавление уксуса сделало мутную мочу прозрачной, значит, мутность зависела от присутствия в ней солей фосфатов или карбонатов. В последнем случае просветление сопровождается еще и выделением пузырьков углекислого газа. При других примесях просветление не наступает. При хилурии моча по внешнему виду и по степени мутности напоминает молоко, осадок обычно не выпадает. При массивной пиурии очень быстро выпадает осадок. При щелочной или слабокислой реакции мочи, при нахождении её в тепле очень быстро развивается щелочное брожение и фосфаты, находящиеся до этого в растворенном состоянии, выпадают в осадок и моча становится мутной (ложная фосфатурия). Небольшие изменения прозрачности обычно выявляют в лаборатории. Чаще всего это бывает один из умеренных проявляющихся диатезов или умеренная лейкоцитурия, а также слизь.

Установив при повторном исследовании наличие стойкого диатеза, врач должен назначить соответствующую диету и медикаментозное лечение, корригирующее реакцию мочи в соответствии с диатезом, установить динамический контроль за реакцией мочи и её соевым составом.

Лейкоцитурия требует выяснения источника, так как она свидетельствует о наличии воспаления в каком-то отделе МПС. Рекомендуется выполнение трехстаканной пробы мочи. Обнаружение лейкоцитов только в первой порции мочи свидетельствует о наличии уретрита. При лейкоцитурии во всех трех порциях мочи её источником яв-

ляются воспалительные заболевания мочевого пузыря и почек. Лейкоцитурия только в третьей порции указывает на воспаление предстательной железы. У женщин достаточно двухстаканной пробы. Перед проведением пробы необходимо тщательное обмывание наружных половых органов у женщин и головки полового члена у мужчин. У женщин на фоне месячных исследовать мочу можно только после взятия её катетером.

При небольшой лейкоцитурии (6-7 лейкоцитов в поле зрения) для диагностики хронических и бессимптомно протекающих пиелонефритов необходимо исследовать мочу на так называемую «скрытую пиурию», что позволяет оценить истинное количественное содержание лейкоцитов в моче. По методу Каковского – Аддиса подсчет форменных элементов производится в суточной моче. Мочу собирают за сутки, держа сосуд во избежание щелочного брожения и разрушения форменных элементов в холодильнике. Затем мочу отстаивают, осадок центрифугируют, форменные элементы подсчитывают в счетной камере Тома – Цейса или Горяева, затем число их пересчитывают на суточное количество мочи. В норме при неизмененном общем анализе мочи (лейкоциты до 4-5, эритроциты 0-1 в поле зрения) в суточном количестве мочи по методу Каковского – Аддиса определяется до 2 млн. лейкоцитов, до 1 млн. эритроцитов, до 20 тыс. цилиндров (такое количество цилиндров в общем анализе не обнаруживается). По методу Нечипоренко исследуют среднюю порцию мочи, в которой подсчитывают форменные элементы. В норме в 1 мл. мочи при подсчете по методу Нечипоренко обнаруживается до 2 тыс. лейкоцитов и до 1 тыс. эритроцитов.

При скрыто протекающих хронических пиелонефритах на фоне минимальных отклонений в числе форменных элементов в ОАМ, исследование на скрытую пиурию выявляет значительное, часто многократное увеличение числа лейкоцитов. При гломерулонефритах увеличивается число эритроцитов. Исследование на скрытую пиурию должно быть обязательным компонентом контроля за ходом излечения острого пиелонефрита. Исчезновение лейкоцитурии дает право констатировать выздоровление.

Устойчивая пиурия может быть при вторичных пиелонефритах (МКБ, аномалии развития, нефроптоз). Обследование будет включать обзорную и внутривенную рентгенографию мочевых путей, УЗИ, ретрографию, цистоскопию. При устойчивой лейкоцитурии, трудно или вовсе не поддающейся традиционному противовоспалительному лечению обычными препаратами, нужно исключить туберкулез МВС. Подозрительна на туберкулез и так называемая «стерильная моча»,

когда при наличии пиурии в моче не обнаруживают флору, соответствующую неспецифическому воспалению.

Гематурия – примесь крови в моче, важнейший и очень серьезный сигнальный симптом неблагополучия в органах МВС. От правильной оценки этого симптома со стороны больных и врачей во многом зависит формирование диагностической и лечебной тактики.

В зависимости от количества крови в моче различают макрогематурию и микрогематурию. Микрогематурия во внешнем виде мочи не проявляется, она называется эритроцитурией, поскольку она обнаруживается как примесь эритроцитов к моче только при микроскопическом исследовании. О наличии микрогематурии можно сделать вывод после взятия мочи катетером. Обнаружение при микроскопическом исследовании осадка более 1-2 эритроцитов в каждом поле зрения микроскопа уже должно расцениваться как микрогематурия. Микрогематурия почти никогда не бывает случайной. Если небольшая лейкоцитурия может быть связана с погрешностями сбора мочи для исследования, для микрогематурии такой источник маловероятен, если не считать тех случаев, когда исследованию мочи предшествовало какое-либо инструментальное вмешательство или мочу брали у женщин на фоне месячных, что делать не рекомендуется. Микрогематурию надо всегда рассматривать как «патологический» симптом, требующий к себе такого же уважительного и серьезного отношения, как и макрогематурия. Тем более что такой симптом в большинстве случаев сигнализирует либо о начальных стадиях заболеваний, либо о так называемых малых формах болезней.

Макрогематурия отчетливо видна самому больному, он первый ее обычно и обнаруживает. Макрогематурию оценивают по розовому цвету мочи. Моча может быть цвета мясных помоев, кровавая со сгустками. Для придания моче розового цвета достаточно примеси нескольких миллилитров крови на литр мочи, поэтому вид кровавой мочи пугает больного, но не должен пугать врача. Здесь нужно не срочное назначение гемостатических препаратов, а скорейшее установление причины кровотечения. В качестве нормы при микроскопическом исследовании принято обнаружение не более 0-1 эритроцита в поле зрения, что соответствует одному эритроциту на 15-20 полей зрения.

Фильтрационный барьер почки в норме непроницаем для эритроцитов. Содержание в суточном количестве мочи до 1 млн. эритроцитов свидетельствует о том, что и в естественных условиях существуют какие-то, пусть и самые минимальные, возможности их проникновения в просвет капсулы. Этот уровень принят за норму.

Эритроциты могут попадать в мочу на всем протяжении мочевого тракта. Любое урологическое заболевание на одном из этапов своего развития может сопровождаться гематурией.

Макрогематурия заставляет большинство больных немедленно обратиться к врачу. Однако этот симптом имеет коварное качество. При некоторых заболеваниях, среди которых самые опасные это опухоли, появление крови в моче не сопровождается болями. Это дезориентирует больных и многие больные при первом появлении безболезненной гематурии, особенно если она быстро и самостоятельно прекращается, к врачу не обращаются. В этом кроется серьезная опасность, так как повторная гематурия, даже при быстром прогрессировании опухоли, может случиться не скоро и недооценка первого симптома может дорого обойтись больному.

К сожалению, не только больные, но и врачи часто относятся к этому сигнальному симптому неуважительно и безграмотно. Типичная ошибка врача общей практики состоит в том, что врач немедленно назначает весь комплекс кровоостанавливающих средств, холод, викасол, хлористый кальций, аминокaproновую кислоту и т.д., не разобравшись в причинах и источниках гематурии.

Если для расшифровки причин гематурии в большинстве случаев требуется специальное исследование больного, для ориентировки в её источниках уже общепрактикующий врач располагает достаточными возможностями. Первые данные для этого может дать тщательное выяснение отношения гематурии к фазам мочеиспускания. Для выяснения источника гематурии применяется трехстаканная проба, которая может выявить кровь только в первой порции мочи (начальная гематурия) или во всех порциях мочи (тотальная гематурия) или кровь появляется только в конце мочеиспускания (терминальная гематурия). Отличается от данных состояний уретроррагия – выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания.

Больные с тотальной гематурией должны быть немедленно направлены к урологу для выполнения срочной цистоскопии. При этом нельзя предпринимать никаких гемостатических мероприятий. Цистоскопия должна быть выполнена именно на фоне гематурии, если нет резко выраженных дизурических расстройств. При этом сразу могут быть выявлены источник и причина гематурии в мочевом пузыре или кровотечение из одного из устьев, что подозрительно на заболевания почек. Далее будут выполняться УЗИ, рентгенологическое исследование.

Обобщенные статистические данные показывают, что на первом месте среди причин тотальной гематурии стоят опухоли мочевого пу-

зыря, почек и мочеточников. Поэтому всякая профузная, особенно со сгустками, тотальная, беспричинная, бессимптомная гематурия должна рассматриваться в первую очередь как возможный признак опухоли мочевой системы.

Функции общепрактикующего врача исчерпываются уже на первых этапах обследования больного с гематурией. Его роль сводится к правильной и серьезной оценке симптома, проведению простейших тестов для ориентировки (оценка выраженности гематурии, трех-стаканная проба), построению правильного медицинского маршрута и наблюдению за прохождением больного по всем этапам этого маршрута. В случае если с первого раза расшифровать гематурию не удастся, он обеспечивает диспансерное наблюдение за больным и его повторное обследование в назначенное время, обычно через 5-6 месяцев.

Общие симптомы урологических заболеваний

Во многих случаях общие симптомы ничем не отличаются от аналогичных симптомов ряда заболеваний органов, относящихся к другим системам.

Эти симптомы будут возникать хотя бы потому, что почки занимают важнейшее место в системе поддержания постоянства и равновесия внутренней среды организма, а половые органы являются ключевым звеном всей эндокринной системы. Кроме этого, богатое кровоснабжение всех органов МПС делает их обширным полем всасывания патологических продуктов при их заболеваниях и создает условия для интоксикации более благоприятные, чем при таких же заболеваниях других органов.

Благоприятствуют развитию воспалительных заболеваний органов МВС рефлюксы, которые больше нигде не возникают. При этом возникают ознобы, высокая перемежающаяся или постоянная лихорадка, септический шок, нередко тяжелое общее состояние — как симптомы массивного поступления токсических веществ в кровь при гнойных пиелонефритах, циститах и простатитах.

Очаги хронических воспалительных заболеваний органов МПС имеют еще одну особенность — они замкнуты, как правило, не имеют внутренних систем эффективного дренирования, трудно поддаются лечению и склонны к рецидивированию, что создает условия для постоянного всасывания в кровь патологических продуктов и длительной хронической интоксикации.

Однако общие симптомы имеют свои специфические особенности. Взять хотя бы такой общий симптом, как лихорадка, сопровож-

дающий большинство инфекционных и септических заболеваний. При гнойно-деструктивных воспалительных заболеваниях органов МПС (деструктивные формы пиелонефрита, гнойно-некротический цистит, абсцесс простаты или острый паренхиматозный простатит) характерен высокий подъем температуры с колебаниями в течение суток в пределах нескольких градусов. Большие размахи температуры, сопровождающиеся потрясающими ознобами и профузными потами, приводят к ошибочным «инфекционным» диагнозам и госпитализации в инфекционные отделения. Однако часто обнаруживается какое-то урологическое заболевание.

Среди врачей до сих пор бытует явная недооценка озноба как одного из важнейших и типичных проявлений острых воспалительных заболеваний органов МПС. Ознобы бывают и при других воспалительно-септических состояниях. Однако частота их при урологических заболеваниях во много раз выше, что объясняется легкостью проникновения продуктов распада бактерий в кровь по системе почечно-венозных, пузырно-венозных и уретро - венозных рефлюксов. Все это позволяет считать ознобы в значительной мере специфическим урологическим симптомом. Озноб должен заставить врача исключать у больного в первую очередь не крупозную пневмонию и не грипп, а острое воспалительное заболевание органов МПС.

Есть еще один симптом, связанный с подъемом температуры тела, такой как длительная труднообъяснимая субфебрильная лихорадка. Больные месяцами ходят от одного врача к другому с сомнительным диагнозом «лихорадка неясного происхождения», а врачи вспоминают о заболеваниях органов МПС как возможных причинах такой лихорадки в самую последнюю очередь. Обнаружение мочевого синдрома помогает в диагностике.

Появление у взрослых и пожилых больных длительной, не поддающейся традиционному противовоспалительному лечению субфебрильной температуры, недомогания, потери веса может быть единственным и далеко не ранними симптомами опухоли почки.

Хронический пиелонефрит с незначительным мочевым синдромом также может быть причиной длительного субфебрилитета. Особенно это относится к детям, у которых длительная субфебрильная температура требует исключения хронического вторичного пиелонефрита, протекающего на фоне различных врожденных аномалий.

Хронический простатит у мужчин также оказывает воздействие на общее состояние. С одной стороны, это закрытый, плохо дренируемый воспалительный очаг и в этом качестве он вызывает постоянную интоксикацию. Даже в том случае, если простатит имеет не вос-

палительный характер, интоксикация все равно будет за счет резорбции застойного содержимого железы. С другой стороны, поскольку предстательная железа расположена в центре всех нервных сплетений таза, при простатите возникает их раздражение, что и формирует болевые ощущения над лоном, в зоне крестца, промежности, прямой кишки. Не очень сильные по интенсивности боли изнуряют больного и не поддаются проводимым лечебным мерам. Присоединяются половые расстройства. Наблюдается падение работоспособности и интереса к жизни, апатия, потеря аппетита, похудание. Мужчины, больные хроническим простатитом, это мужчины-ипохондрики или мужчины-истерики, как следствие длительного течения заболевания.

Скрыто протекающий туберкулез органов МПС будет сопровождаться явлениями общей хронической интоксикации с соответствующими клиническими проявлениями.

Отёки

Врачу общей практики необходимо представлять себе, что такое отёки «почечного» происхождения. Большинство врачей общей практики считают, что если отекают ноги - «ясно», что это сердце, если лицо, руки, туловище - почки. Это неправильная схема. Имея смутное, далекое от истины представление о патогенетических механизмах возникновения отеков, врач без колебаний берет на вооружение эту примитивную схему.

Конечно, так называемые «большие» отеки, которые возникают в терминальных стадиях заболеваний сердца и почек, трудностей в диагностике и расшифровке причины их возникновения обычно не вызывают.

Речь идет о «малом» отечном синдроме, который пациенты замечают у себя на фоне общего благополучия по небольшой утренней припухлости под глазами. Они замечают, что привычная обувь вдруг к вечеру становится слегка тесноватой, а кольцо, ранее легко и просто снимавшееся с пальца на ночь, вдруг начинает сниматься с трудом, а то и вовсе не снимается, хотя утром это достигается без труда. Некоторые пациенты, особенно женщины, укажут на то, что их тело «как бы наливается водой», особенно живот, груди, руки. Больные очень чувствительно улавливают и воспринимают эти симптомы, сразу оценивают их как признак очень серьезного заболевания сердца или почек, обращаются к врачам и часто требуются большие усилия, чтобы разуверить их.

На урологических приемах такие больные встречаются достаточно часто и появляются обычно с направлением из поликлиники

«для исключения заболевания почек». Это нелегко сделать, особенно если врач поликлиники и сам больной будут твердо убеждены, что сердце здорово и, следовательно, другой причины кроме заболевания почек и быть не может.

Чтобы стало ясно, что это одно из самых частых заблуждений, достаточно перечислить хотя бы наиболее возможные причины отеков, кроме заболеваний сердца и почек. На ногах отеки могут появляться в случае недостаточности мышечного насоса или клапанного аппарата вен, флеботромбоза даже мелких ветвей глубоких вен бедра и голени. В этих случаях отеки появляются при длительном стоянии или сидении, но обычно уменьшаются или совсем исчезают при ходьбе, что и отличает их от сердечных отеков. Общая пастозность у женщин на туловище, руках и лице часто имеет гормональное происхождение и появляется как предвестник менопаузы. Не видя внешних причин, прежде всего со стороны сердца и почек, их иногда называют идиопатическими отеками. Такие же общие внешние проявления задержки воды в организме отмечаются и при алиментарной гипопротеинемии, возникающей при неврогенных расстройствах аппетита, или при нарушении всасывания белков в кишечнике. Прием некоторых медикаментов также может привести к задержке воды в организме. Это могут быть различные гормональные препараты, например, противозачаточные, некоторые гипотензивные лекарства (препараты раувольфии, клофелин), противовоспалительные (бутадіон, ибупрофен, индометацин) и т.д. Отеки могут быть при отечных формах гломерулонефритов, также иногда протекающих с «малым» отечным синдромом. Как видно из примеров, неврологических причин для возникновения «малого» отечного синдрома, более чем достаточно.

Для большинства самых распространенных урологических заболеваний (пиелонефрит, нефролитиаз, гидронефроз, туберкулез, опухоли почек) отечный синдром как первичная жалоба не характерен. Он противоречит широко распространенному мнению больных и врачей о том, что при болезнях почек должны быть и отеки. Отеки при урологических заболеваниях возникают уже на стадии ХПН, на фоне длительного «урологического» анамнеза и в качестве первичных жалоб и первых проявлений урологических заболеваний выступают очень редко.

Перед врачом, впервые столкнувшимся с «малым» отечным синдромом у пациента, неизбежно возникнет вопрос — почки или не почки? На первом общеврачебном этапе обследования надо руководствоваться тем, что вероятность почечного генеза общих отеков без длительного урологического анамнеза и без других серьезных призна-

ков урологических заболеваний, особенно заболеваний почек, очень мала.

Первичная локализация отеков на руках и ногах достоверно исключает их почечное происхождение. Труднее отвергнуть причастность почек к утренним отекам под глазами, которые больные и их врачи безоговорочно причисляют к патогномичным признакам заболевания почек. Утренние отеки под глазами могут иметь обменное, алиментарное, эндокринное и иное происхождение. Конечно, отеки под глазами могут быть и почечного происхождения, но для доказательства их связи с заболеваниями почек необходимо тщательное исследование суммарной функции почек. Важно знать и помнить, что отечный почечный синдром, как правило, не бывает изолированным и не может возникать при здоровых почках. Если он имеет почечный генез, то всегда можно найти сопутствующие ему «мочевой» синдром и нарушения функции почек. Даже такие простейшие рутинные исследования как ОАМ, проба Зимницкого, биохимическое исследование крови на мочевины и креатинин, исследование на скрытую пиурию могут выявить изменения плотности мочи, лейкоцитурию, протеинурию, повышение содержания в сыворотке крови мочевины, остаточного азота, креатинина. При необходимости можно прибегнуть к ренографии, исследованию клиренса креатинина, измерению клубочковой фильтрации и другим сложным методам.

Таким образом, характерные особенности различных проявлений отёчного синдрома, тщательно собранный урологический анамнез и простейшие исследования мочи и крови дают достаточно информации для расшифровки отёчного синдрома уже на этапе первичного обследования. К сожалению, даже после полного урологического обследования не всегда удастся убедить больных в непричастности почек к отёчному синдрому. В таких случаях придется прибегать к ренографии и исследованию осмолярной функции почек. Нормальная ренография и осмолярная функция достоверно исключают почечный генез отечного синдрома.

Синдром гипертензии

Измерение давления – самая частая манипуляция, которую выполняет добросовестный врач общей практики. При этом обнаруживается, что у каждого 6-7-го взрослого оно повышено. Популяционные обследования школьников выявляют повышенное артериальное давление у 4-5% практически здоровых, ни на что не жалующихся детей.

Какая должна быть тактика при синдроме гипертензии? Часто врач констатирует повышение артериального давления, устанавливает диагноз гипертонической болезни, присваивает ей степень в соответствии с существующей классификацией и начинает лечебно - профилактические мероприятия. Проводится лекарственная коррекция давления, оздоровление в санаториях и профилакториях, предписывается соответствующий режим поведения и питания, следуют многочисленные запреты и ограничения. Но артериальное давление держится на высоких цифрах, не поддается или почти не поддается усилиям врача и стараниям больного. Особенно беспокоят высокие цифры диастолического давления. В таких случаях вероятна нефрогенная гипертензия. Среди больных с высоким артериальным давлением в 20% случаев имеются заболевания почек и почечных сосудов, в 5% случаев заболевания надпочечников и гипофиза. Поэтому общепрактикующий врач должен почти у каждого четвертого больного с гипертензивным синдромом усомниться в диагнозе «гипертоническая болезнь». Сложность здесь одна – невозможно всех больных с гипертензивным синдромом сразу же подвергать специализированному урологическому, андрологическому и эндокринологическому обследованию.

Для нефрогенной гипертензии более характерно злокачественное течение, проявляющееся высоким систолическим и особенно диастолическим артериальным давлением, быстрым развитием осложнений со стороны сердца в виде расширения границ и со стороны глазного дна в виде ангиопатии вплоть до отслойки сетчатки. Такое тяжелое течение наблюдается при нефрогенной гипертензии во много раз чаще, чем при гипертонической болезни.

Нефрогенная гипертензия возникает на фоне таких заболеваний, как пиелонефрит, особенно рецидивирующий с переходом в нефросклероз, МКБ, гидронефроз, нефроптоз, поликистоз, гипоплазия почки, опухоль, сужение почечных сосудов. Общий патогенетический механизм: ишемия почки, нарушение кровообращения, продукция ренина, активация ренин – ангиотензин – альдостероновой системы. Нужно дообследование: ОАМ и анализ мочи на скрытую пиурию, обзорная и в/венная урография, изотопная ренография, УЗИ. Для полного раскрытия синдрома почечной гипертензии могут понадобиться дополнительные сложные методы диагностики: ангиография, раздельное исследование функции каждой почки, а в ряде случаев и биопсия. У некоторых больных для коррекции нефрогенной гипертензии понадобится нефрэктомия или сложные реконструктивные или эндоваскулярные вмешательства на почечных артериях.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Как видно из предыдущего раздела, урологические заболевания проявляются демонстративными и «красочными» симптомами. Далее проводится физикальное исследование. При обследовании нужно всегда помнить о всех, а не только о приоритетных системах человеческого организма, таких как сердечно – сосудистая система, органы дыхания, пищеварения и нервной системы и об основных проявлениях заболеваний органов каждой из них. Тогда врач сможет ориентироваться в их состоянии, выявить ранние признаки заболеваний и направить дальнейшее исследование и лечение по правильному медицинскому маршруту. Вдумчивый и серьезный общепрактикующий врач уже после тщательно собранного анамнеза, глубокого осмысливания жалоб и проявлений болезни может и должен не только выявить вероятность какого-то урологического заболевания, но и продвинуться к установке первичного диагноза. Дальнейшие материалы к построению развернутого и обоснованного диагноза дает объективное исследование больного как объекта. В данном разделе представлены принципы проведения физикального исследования урологического больного.

Осмотр и пальпация

Осмотр. Беглый, невнимательный и неполный осмотр пациента дает врачу очень мало информации для построения диагноза. При тщательном осмотре можно обнаружить ряд типичных для урологических заболеваний проявлений.

Спереди, особенно у худых больных, можно заметить различные деформации и асимметрию живота. Асимметрию могут вызвать такие объемные односторонние заболевания, как опухоль, мультикистоз почки, поликистоз, гидронефроз и пионефроз. При обычном расположении почек выпячивание занимает типичную для почки боковую часть подреберья. Однако при дистопии и различных аномалиях увеличенная почка может располагаться по средней линии и внизу живота. Пальпация и оценка поверхности, формы и консистенции пальпируемого образования позволяют с известной долей вероятности дифференцировать названные выше заболевания.

ХЗМ и перерастяжение мочевого пузыря могут вызвать появление хорошо видимого по средней линии над лоном выбухания. При осмотре женщин такое образование требует дифференциальной диаг-

ностики с заболеваниями матки. Эластичность, отсутствие подвижности, в большинстве случаев присущей матке, симптом баллотирования помогают определить принадлежность данного образования к мочевому пузырю. Завершает исследование катетеризация мочевого пузыря, после чего вышеуказанное образование исчезает.

Внешний осмотр со стороны спины позволяет увидеть сглаженность поясничной ямки, которая может возникать при паранефрите, околопочечных гематомах и урогематомах.

Во многих случаях на этом и заканчивается внешний осмотр. Резинка в трусах как у мужчин, так и у женщин часто служит непреодолимым рубежом для осмотра половых органов. Нередкое состояние у мужчин – отсутствие в мошонке одного или даже обоих яичек и определяемые опухолевидные выпячивания по ходу пахового канала, под кожей живота, промежности, бедер. Проводится дифференциальная диагностика между крипторхизмом (неопущение) и эктопией яичка (перемещение яичка в неестественную для него область). Редкая аномалия – ложное отсутствие полового члена, когда половой член скрыт в глубине под кожей. Изменения размеров одной или обеих половин мошонки могут возникать при атрофии или гипоплазии одного из яичек, при опухолях, гидроцеле, орхоэпидидимитах. При резко выраженном расширении вен семенного канатика (варикоцеле) у верхнего полюса яичка хорошо определяются гроздевидные, извитые вены, обычно уменьшающиеся или совсем исчезающие в горизонтальном положении больного. Если этого не происходит, у больного может быть обнаружена опухоль почки, сдавливающая семенную вену. Более плотные объемные образования по ходу семенного канатика – фиброма, сперматоцеле (кисты придатка яичка или семенного канатика) или гидроцеле. Резко увеличенный, отечный половой член и мошонка бывают при анасарке, что сопровождается тотальным отёком подкожной клетчатки всего тела при сердечной недостаточности. Хронические кожные и паразитарные заболевания могут привести к местной слоновости. Плотные массы под кожей полового члена с изъязвлением подозрительны на олеогранулему, вызванную введением вазелинового масла под кожу. Может быть обнаружена суженная, часто спаянная с головкой крайняя плоть при рубцовом фимозе, включающая обнажение головки полового члена. На головке могут располагаться различные предопухолевые заболевания и опухоли полового члена, остроконечные кондиломы головки, крайней плоти и наружного отверстия уретры. Многочисленные по форме и тяжести аномалии развития, такие как гипоспадия и эписпадия, экстрофия мочевого пузыря, сопровождаются деформацией полового члена. Маце-

рация кожи крайней плоти, мошонки и промежности возникают при недержании мочи. Могут быть обнаружены различные грибковые заболевания кожи полового члена и мошонки, пахово-мошоночных складок. Многие из перечисленных заболеваний, даже такие грозные, как опухоль яичка, в начальных стадиях почти не беспокоят больных. Не каждый больной по собственной инициативе расскажет о неблагополучии в этой сфере. Потому полный осмотр должен проводиться независимо от того, есть или нет жалобы со стороны самого больного.

У много и трудно рожавших женщин можно обнаружить опущение стенок влагалища и пролабирование уретры как одной из причин рецидивирующих циститов, недержания мочи и возникновения камней мочевого пузыря. Со стороны уретры можно увидеть дивертикул в виде выпячивания на нижней стенке, выпадение слизистой уретры в виде красного, часто кровоточащего образования вокруг наружного отверстия, гнойные выделения из уретры, часто связанные с воспалением сеновых желез, слишком глубокое расположение наружного отверстия уретры как признак женской гипоспадии и как причина часто рецидивирующих циститов у живущих активной половой жизнью женщин, расщепление верхней стенки уретры и клитора при эписпадии.

Пальпация всегда сочетается с осмотром. Это единый процесс формирования диагноза, хотя есть зоны, доступные только пальпации (предстательная железа, семенные пузырьки, куперовы железы).

В прошлом была создана целая наука о пальпации внутренних органов, так как у врачей не было ни компьютеров, ни ультразвуковых установок, ни других современных диагностических аппаратов. В распоряжении были только уши, глаза, кончики пальцев и ум. Техническая вооруженность, постоянно расширяясь и совершенствуясь, создает у современного врача отчужденность от традиционных методов исследования. Но избежать физикального исследования органов МПС врачи не имеют права.

Пальпация почек. Глубокое расположение в глубине тканей делает их почти недоступными поверхностной пальпации. Считается, что в норме можно с трудом пальпировать нижний полюс правой почки у худощавого пациента в положении стоя. При пальпации на спине больной лежит со слегка согнутыми в коленях ногами. Одна рука врача (при исследовании правой почки левая, и наоборот) укладывается кончиками пальцев в поясничную ямку и поджимает её к передней брюшной стенке. Кончиками пальцев второй руки проникают в латеральную боковую часть подреберья на вдохе. Патологически увеличенная почка пальпируется в латеральной части подреберья. Если

почка содержит много жидкости (гидронефроз или поликистоз, большая солитарная киста), можно легко воспроизвести симптом ballotирования.

При положении больного на боку с подтянутой к животу «верхней» ногой достигается расслабление мышц бокового отдела живота, кишечник отходит к противоположной стороне, почка силой своей тяжести несколько сдвигается вниз и к средней линии и становится более доступной для пальпации. Положение рук то же, что и в предыдущем приеме, однако возможности для пальпации почек здесь выше.

Почки можно пальпировать в положении стоя, с легким наклоном вперед. Этот прием позволяет лучше определить подвижность почки и ее степень. При невыраженном нефроптозе на вдохе пальпируется подвижный нижний полюс почки. При выраженном нефроптозе пальпируется вся поверхность почки в виде продолговатого подвижного образования с четкими контурами и гладкой поверхностью, умеренно чувствительного к давлению и расположенного в боковом отделе подреберья. Отличить неизмененную почку от опухоли кишечника и брыжейки помогает их иное расположение, менее четкие контуры, меньшая подвижность. Желчный пузырь пальпируется в центральной трети подреберья. При нормальной подвижности почка обычно не пальпируется.

Справа увеличенную почку иногда принимают за опухоль, исходящую из печени или желчного пузыря, но эти опухоли располагаются центральнее и более плотно прилегают к реберной дуге. Слева увеличенная почка иногда симулирует селезенку. Однако увеличенная селезенка практически никогда не бывает бугристой и на ней всегда сохраняется селезеночная вырезка и заостренный край, легко определяемые при пальпации.

Все, что пальпируется в животе у детей первых 5-6 лет жизни, должно рассматриваться, прежде всего, как опухоль почки. Патологические состояния, приводящие к увеличению печени или селезенки у детей, встречаются во много раз реже, чем опухоли и другие заболевания почек (гидронефроз или мультикистоз). При опухолях консистенция почки плотная, поверхность бугристая, симптом ballotирования не определяется. При хронических гнойно-воспалительных заболеваниях почек данные пальпации похожие, так как в процесс вовлекается не только почка, но и околопочечная клетчатка. В обоих случаях подвижность пальпируемого образования несколько ограничена.

При гидронефрозе консистенция пальпируемой опухоли эластичная, легко воспроизводится симптом ballotирования. При поли-

кистозе обычно пальпируются обе почки, поверхность их бугристая, консистенция упруго – эластическая, симптом ballotирования не вызывается, поскольку кисты изолированы. При больших солитарных кистах нижнего полюса симптом ballotирования положительный.

При пальпации живота можно обнаружить почку не на своем обычном месте, а ниже, в подвздошной области и даже в тазу. В данном случае речь идет о дистопии, т.е. остановка почки на ее пути движения от места эмбриональной закладки в тазу до поясничной области. Различают тазовую, подвздошную и поясничную дистопию почек. Кроме этого, первичная закладка почки непарная и лишь в ходе движения к поясничной области эта закладка разделяется на две части, из которых и развиваются обе почки. Закладка может полностью не разделиться, тогда развиваются аномально сращенные почки: подковообразная, L-образная, S-образная, галетообразная почка. Поскольку при дистопии и аномалиях форма и расположение почек необычны, идентификация пальпируемого образования с почкой в этих случаях бывает затруднительной, а ошибки встречаются достаточно часто. Известны случаи, когда вышеописанные аномалии развития почек принимали за опухоли и их удаляли, не проверив состояние почек. В данном случае тактика следующая: всякое пальпируемое в животе опухолевидное образование требует исключения заболевания почек методом внутривенной урографии или УЗИ.

Пальпация мочевого пузыря. Если изучить истории болезни терапевтических и хирургических больных, вряд ли в них можно будет найти упоминание о пальпаторном исследовании мочевого пузыря. О почках обычно упоминается в стандартном варианте – «почки, печень и селезенка не пальпируются, область их безболезненна». Врачи знают, что нормальный, не заполненный мочевой пузырь не пальпируется. Пальпируется мочевой пузырь только при переполнении мочой. Вначале выполняют перкуссию. В норме за счет кишечника над лоном обычно перкуторно определяется тимпанит. Тупость над лоном, особенно определяемая после естественного опорожнения мочевого пузыря, подозрительна на наличие остаточной мочи. Пальпируемость мочевого пузыря сразу после естественного опорожнения свидетельствует о задержке мочи и его растяжении. Растянутый мочевой пузырь пальпаторно определяется над лоном в виде сферического эластичного неподвижного образования. У взрослых фиксированное боковое смещение мочевого пузыря может зависеть от давления внепузырных опухолей, исходящих из семенных пузырьков у мужчин и придатков матки у женщин. Иногда пользуются бимануальной (ректально – абдоминальной) пальпацией мочевого пузыря в положении

больного на спине. Палец, введенный в прямую кишку, может ощутить объемное образование, которое также ощущается рукой, осущающей глубокую встречную пальпацию над лоном. При ректальном исследовании задняя стенка мочевого пузыря достигается сразу выше предстательной железы.

Растянутый мочевой пузырь не всегда удастся определить пальпаторно и перкуторно. Такая ситуация может возникать при разрывах уретры и ОЗМ. Мочевой пузырь растянут, но обнаружить его контуры невозможно из-за паравезикальных мочевых затеков. В таких случаях вместо сферического образования над лоном можно определить уплотнение без четких границ, что характерно для переполненного пузыря, а перкуторно – такую же разлитую тупость без четких границ.

При определении объемного образования над лоном проводится дифференциальная диагностика с кистой урахуса, которая будет иметь округлую форму, располагаясь поверхностно над лоном и не уходя за него, не исчезает и не уменьшается после опорожнения пузыря. У женщин за мочевой пузырь иногда принимают увеличенную матку.

Осмотр и пальпация половых органов вызывает затруднения, как у врача общей практики, так и у больного. Особенно это относится к ректальному исследованию предстательной железы, семенных пузырьков и куперовых желез, которое является обязательным у мужчин, особенно у тех, кто предъявляет даже малейшие жалобы на дизурию, изменения со стороны мочи, расстройство половой функции. Часто возникает ситуация, когда общепрактикующий врач направляет своего пациента для ректального исследования к хирургу или урологу. В других случаях, при соответствующих жалобах больного не исследуются наружные половые органы, а больной сразу направляется к урологу.

Тот факт, что проблемы в половой сфере специфичны и затрагивают интимные стороны жизни человека, не дает общепрактикующему врачу никакого права относиться к ней без должного внимания.

Хронический кавернит (воспаление пещеристых тел) и фибропластическая индурация полового члена (болезнь Пейрони), проявляются фиброзным перерождением белочной оболочки кавернозных тел и межкавернозной перегородки, а в дальнейшем и самих кавернозных тел. При пальпации в норме консистенция кавернозных тел равномерно упругая на всем протяжении. При кавернитах в глубине кавернозных тел можно обнаружить ограниченные очаговые уплотнения без четких границ. При болезни Пейрони на тыльной его поверхности, чаще всего в средней части и у корня пальпаторно обнаруживаются

плотные, рубцовой или даже костной плотности, бляшки различных размеров, формы и протяженности. Бляшки отчетливо пальпируются под кожей, отчетливо определяется их связь с белочной оболочкой кавернозных тел или с межкавернозной перегородкой. Для выявления небольших фибропластических бляшек пальпацию проводят сдавливая половой член с боков большим и указательным пальцем. При этом определяется распространение уплотнения в поперечном и продольном направлениях. В далеко зашедших стадиях болезни бляшки могут занимать всю дорзальную поверхность полового члена от корня до головки и отчетливо проникать в толщу кавернозных тел. В этой стадии заболевания имеются жалобы на ослабление эрекций, тыльное или при одностороннем поражении боковое искривление полового члена и боли при эрекции. Все это резко затрудняет, а иногда и полностью исключает половую жизнь.

При пальпации можно выявить так называемый симптом «пустых» кавернозных тел. В норме при пальпации полового члена появляются признаки наполнения кавернозных тел кровью, увеличения их объема. После перенесенных обширных диффузных кавернитов, приапизма, а также при атеросклеротическом перерождении сосудов кавернозной ткани получить ощущение наполнения кавернозных тел кровью не удастся, они бескровны и дряблы.

Опухоли полового члена чаще всего развиваются на головке. Считается, что смегма, скапливающаяся под узкой крайней плотью при фимозе, является канцерогеном и может вызвать рак головки. Осмотр всегда производится при обнаженной головке полового члена. Если головка не обнажается, её необходимо тщательно пальпировать. Обнаружение уплотнения под крайней плотью может свидетельствовать о спаечном баланопостите, развитии предрака или рака и является прямым показанием к операции кругового иссечения крайней плоти.

Крайнюю плоть удастся оттянуть впервые в детском возрасте без предварительного растяжения. При этом обнаруживаются массивные скопления смегмы у венечной борозды, а в ряде случаев и спайки внутреннего листка крайней плоти с головкой, под которыми скапливается смегма. Спайки должны быть разрушены насильственно, что иногда сопровождается легким кровотечением, смегму надо тщательно удалить, поверхность головки смазывают противовоспалительной или антибактериальной мазью, а крайнюю плоть возвращают на место. Если крайняя плоть не сдвигается, то головку обнажают, растянув вход в полость крайней плоти браншами зажима, и затем оттянув ее к венечной борозде. Манипуляция несколько болезненна и у маленьких

детей (обследовать иногда приходится уже в период новорожденности) эта манипуляция может вызвать временную задержку мочи из-за болезненности при первой попытке к мочеиспусканию. Ребенка нужно обезболить и поместить в теплую ванну. При развитии фимоза (невозможность обнажения головки полового члена) в урологическом отделении выполняют операцию кругового обрезания крайней плоти. В некоторых странах обрезание крайней плоти у новорожденных мальчиков несет в себе ритуальную и религиозную цели. При развитии парафимоза (ущемление головки полового члена суженным отверстием крайней плоти) производят вправление головки под обезболиванием или рассечение ущемляющего кольца с последующим выполнением кругового иссечения крайней плоти в плановом порядке.

Пальпация содержимого мошонки позволяет получить информацию о количестве, размерах, консистенции яичек, состоянии придатков, семенных канатиков, венозного сплетения. При отсутствии в оболочках жидкости содержимое мошонки пальпируется отчетливо. В начальных стадиях развития водянки оболочек яичка (гидроцеле), когда жидкости еще немного и тугого заполнения полости оболочек яичка еще нет, пальпаторно с трудом различимы структуры мошонки. Консистенция нормального яичка упругая. Консистенция при патологии может быть плотной или дряблой. Увеличение массы паренхимы яичка независимо от того, вызвано ли оно очаговым или диффузным процессом, приведет к общему напряжению белочной оболочки, что и воспринимается пальпаторно как общее уплотнение яичка. Так бывает при специфических и неспецифических орхитах, кровоизлияниях, опухолях. Важная и существенная деталь – при орхитах уплотнение сопровождается значительной болезненностью, усиливающейся при пальпации. Уплотнение может распространяться на оболочки и кожу. Очаговые уплотнения определяются крайне редко и подозрительны на рак яичка. При опухолевом уплотнении яичко, как правило, безболезненно, плотность имеет каменный характер. В целом каждое безболезненное уплотнение яичка, особенно если оно в прошлом подвергалось ушибам, воспалялось или низводилось, рассматривается как опухоль.

Уплотнение яичка может возникать после травмы. Травма считается фактором, провоцирующим возникновение опухолей яичка и такие больные должны быть под постоянным диспансерным наблюдением. Их надо предупреждать о необходимости самообследования и при возникновении малейших признаков увеличения и уплотнении яичка немедленного обращения к урологу. Чем позже поставлен диагноз опухоли яичка, тем меньше у больного шансов на жизнь.

У детей причиной уплотнения яичка является перенесенный в прошлом, на фоне эпидемического паротита, орхит. Уплотнение, возникшее после перенесенного орхита, сопровождается уменьшением яичка (атрофия). Плотность после травматических орхитов и после перекрута семенного канатика также сопровождается уменьшением яичка.

При туберкулезе и актиномикозе возникает пальпаторное ощущение бугристости яичка, так как процесс довольно быстро переходит за пределы белочной оболочки яичка, уплотняются мясистая оболочка мошонки и кожа, что и создает ощущение бугристости.

Ректальное исследование

В арсенал диагностических приемов врача общей практики должно входить ректальное исследование. Споры о том, кто его должен выполнять, идут до сих пор. Терапевты категорически исключают этот метод исследования как естественного продолжения осмотра больного. При этом они ссылаются на то, что большинство внутренних исследований выполняют специально подготовленные врачи, умалчивая, однако, что при этом речь идет об инструментальных исследованиях. Ректальное исследование с целью пальпации предстательной железы и прямой кишки осуществляется инструментом, который врач всегда имеет при себе – пальцем.

Оправданна ли сложившаяся практика, когда при малейших жалобах «с той стороны» общепрактикующий врач направляет больного для ректального исследования к хирургу, а при урологических жалобах к урологу? Имеет ли право врач общей практики считать первичное обследование пациента полным, если он лично не исследовал доступную зону, какой является прямая кишка.

В настоящее время составлен и утвержден перечень практических навыков. Ректальное исследование является обязательным компонентом этого перечня. У мужчин оно проводится ежегодно, начиная с 50 лет и у женщин с 55 лет. Ректальное исследование должно быть обязательным у всех мужчин независимо от возраста, предъявляющих жалобы урологического характера. Это может быть болезненное, учащенное и затрудненное мочеиспускание, императивные позывы, изменения внешнего вида мочи или изменения, выявленные при лабораторных исследованиях, эректильная дисфункция, гемоспермия и т.д., боли в прямой кишке и промежности. Это исследование должен уметь выполнять врач общей практики, так как в условиях диспансеризации невозможно все ректальные исследования выполнить силами урологов и хирургов.

Длина указательного пальца ограничивает пределы исследуемой зоны. Однако, применяя бимануальный прием и низко «кусаживая» больного на исследующий палец, можно исследовать прямую кишку на глубину до 8-10 см. Этой длины достаточно, так как именно здесь расположены все придаточные половые железы (предстательная и куперовы железы, семенные пузырьки). В этой зоне чаще всего локализуются основные заболевания прямой кишки – геморрой, трещины заднего прохода, язвенные поражения и опухоли терминального отдела прямой кишки.

У женщин применение ректального исследования ограничено наличием жалоб, типичных для заболевания терминального отдела толстого кишечника. Наиболее распространено коленно-локтевое положение или когда больной стоит, наклонившись вперед под прямым углом. Больному предлагают максимально глубоко сесть на палец. Глубину исследования можно дополнительно увеличить встречным давлением левой руки на низ живота над лоном. У тяжело больных исследование выполняется на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Врач становится лицом к больному со стороны живота и исследует прямую кишку так же бимануально. Можно проводить ректальное исследование в положении больного на спине с согнутыми в коленях и тазобедренных суставах ногами. В таком положении кроме прямой кишки бимануально исследуются мочевой пузырь.

Прежде всего, требует оценки сама полость прямой кишки, а еще раньше – ее сфинктер. В норме проведение пальца в прямую кишку сопровождается отчетливым ощущением довольно плотного обхватывания пальца сфинктером. Отсутствие такого ощущения, свободное «проваливание» пальца в кишку свидетельствует об атонии сфинктера, причинами которой могут быть нарушения тазовой иннервации, хронические запоры, нетрадиционные сексуальные наклонности и т.д. В этой зоне можно обнаружить геморроидальные узлы, трещины, изъязвления, опухоли, остроконечные кондиломы.

Полость кишки покрыта эластичной, без очаговых уплотнений, легко смещаемой и складчатой слизистой. Всякое очаговое или кольцевидное уплотнение, ограничение подвижности слизистой, изъязвление, особенно с плотным дном, должно быть поводом для немедленного направления больного на эндоскопическое исследование. Эти отклонения от нормы настолько очевидны и характерны, что не заметить их практически невозможно.

Далее исследуется предстательная железа, заболевания которой занимают в структуре причин расстройств мочеиспускания у мужчин одно из первых мест. У лиц молодого и среднего возраста возможно

обнаружение простатитов, камней и туберкулеза, а у пожилых и старых – ДГП и РПЖ. При исследовании предстательной железы врач должен оценить ее размеры, консистенцию, границы, отношение к слизистой прямой кишки. При глубоком введении пальца удастся обойти верхний полюс неизменной по размерам железы. Она состоит из двух долей, разделенных срединной бороздой, размеры каждой доли соответствуют размерам дистальной фаланги указательного пальца. Не измененная железа возвышается над поверхностью прямой кишки не более чем на 5-6 мм, границы ее четкие. Слизистая над железой подвижная, легко сдвигается пальцем. Консистенция железы очень близка к консистенции слегка напряженной мышцы тенора. Пальпация вызывает неприятное чувство позыва на мочеиспускание без боли. Этих характеристик достаточно, чтобы оценить состояние железы и уловить отклонения от нормы.

Увеличение размеров может быть равномерным, захватывающим обе доли или локальным, вызывающим асимметрию железы. Равномерное увеличение железы у молодых и среднего возраста мужчин обычно связано с хроническим воспалением или застоем секрета в простате, у пожилых и старых – с ДГП. Неравномерное увеличение железы у молодых чаще встречается при подостром, локализованном, очаговом простатите или туберкулезе, у пожилых и старых – подозрительно на РПЖ. Равномерное уменьшение железы – это следствие рецидивирующего простатита и склероза простаты. Критерием степени увеличения железы является достигаемость верхнего полюса. При умеренном увеличении он достигается с трудом, при большом увеличении – не достигается, железу не удастся обойти сверху пальцем.

Равномерно – плотная, увеличенная железа у молодых – это чаще всего простатит, у пожилых – ДГП. При этом консистенция может быть приравнена к консистенции сильно напряженной мышцы тенора. В обоих случаях поверхность железы гладкая, границы четкие, слизистая над ней подвижная. Если имеется неравномерная очаговая плотность у молодых – хронический простатит, туберкулез, камни, а у пожилых и старых пациентов, особенно если имеется бугристость – РПЖ. Границы инфильтрации при туберкулезе и РПЖ могут быть размыты, слизистая прямой кишки может быть спаяна с очагами плотности, боковые границы железы приобретают нечеткие контуры за счет распространения процесса за пределы железы. Очаги уплотнения могут быть болезненными при пальпации. Такую же картину могут дать и камни железы. Однако они чаще встречаются у мужчин среднего возраста на фоне длительного простатита. При множественных камнях при пальпации можно ощутить крепитацию. Окончатель-

но проясняет картину обзорная рентгенограмма. Типична картина при остром паренхиматозном простатите и абсцессе. Простата увеличена в размерах, напряжена, резко болезненна, горячая на ощупь. При абсцедировании можно обнаружить очаги размягчения и флюктуации.

Поводом для исследования семенных пузырьков обычно служат жалобы сексуального характера. Они могут касаться преждевременной эякуляции, болезненного семяизвержения, гемоспермии и сперматореи, боли в пахово-подвздошных областях в сочетании с расстройствами мочеиспускания и дефекации. Семенные пузырьки расположены у верхнелатеральных краев каждой доли предстательной железы. Их исследуют при глубокой посадке больного на исследующий палец. В норме семенные пузырьки пальпаторно не определяются, область их безболезненна. Обнаружение чувствительных, болезненных, тестоватых образований у верхнее – латеральных отделов простаты свидетельствует о застое секрета в семенных пузырьках или их воспалении. Очаговые уплотнения в области семенных пузырьков могут быть при везикулите. Более обширное, особенно асимметричное уплотнение, уходящее вверх или в стороны, подозрительно на опухоль семенного пузырька. В этих случаях появляется дополнительный симптом – гемоспермия (примесь крови в сперме).

Железы Купера расположены по обе стороны уретры чуть ниже простаты. Для того чтобы их исследовать, надо сжать ткани промежности ниже предстательной железы рядом со средней линией двумя пальцами – большим снаружи и указательным, введенным в прямую кишку. В норме железы Купера не определяются. Обнаружение уплотнений в зоне их расположения чаще всего свидетельствует о воспалении (куперит). Заболевание диагностируется редко.

При ректальном исследовании можно обнаружить большой камень мочевого пузыря или увеличенный, плотный мочевой пузырь при ОЗМ.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что ректальное исследование нельзя относить к категории специальных – хирургических или урологических методов исследования. Это метод общепрактикующего врача, дающий ценнейшую информацию для оценки терминального отдела толстого кишечника и придаточных половых желез у мужчин. Широко применяя его, можно избежать во многих случаях ошибок и поздней диагностики при таких заболеваниях, как рак прямой кишки и рак предстательной железы.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В УРОЛОГИИ

Именно общепрактикующие врачи могут оказаться первыми врачами, к которым обратятся пациенты с почечной коликой, ОЗМ, гематурией, анурией, острыми заболеваниями органов мошонки, приапизмом. С неотложными урологическими состояниями приходится встречаться врачам любого профиля, при осмотре пациентов в поликлинике, при вызове на дом, при вызове врача скорой медицинской помощи, в приемном отделении любой больницы, т.е. всем врачам вне зависимости от профессиональной принадлежности. Избрать же правильную тактику поведения в той или иной ситуации очень важно.

О тактике врача при гематурии речь шла выше. В подавляющем большинстве случаев гематурия не требует экстренной помощи. Вид кровавой мочи пугает больного, но не должен пугать врача. Здесь необходимо срочное установление источника при помощи цистоскопии и других методов обследования в условиях урологического отделения стационара. Только при тампонаде мочевого пузыря необходимо попытаться отмыть мочевой пузырь через эвакуатор со значительным просветом и оставить постоянный катетер, так как при пустом мочевом пузыре кровотечение обычно останавливается. Если эта попытка оказывается успешной, то заканчиваются мучения больного и создаются условия для выполнения цистоскопии. Если не удастся отмыть мочевой пузырь, то выполняется срочная операция ревизии мочевого пузыря и остановки кровотечения.

Участие общепрактикующего врача в оказании помощи при неотложных состояниях в сфере урологии может показаться на первый взгляд нереальным, так как все знают, что есть скорая медицинская помощь. В других ситуациях неотложная урологическая помощь еще надолго останется прерогативой общих хирургов, в лучшем случае прошедших специализацию по урологии. Существует еще и догоспитальный этап, который сейчас в основном замыкается на участкового врача, а в будущем будет замыкаться на общепрактикующего врача.

Трудно себе представить, что общепрактикующий врач широкого профиля сможет в своей подготовке достичь уровня, позволяющего ему оказывать экстренную помощь при неотложных, в том числе и урологических состояниях в полном объеме. Тем не менее, такую помощь пациенту в ряде ситуаций общепрактикующему врачу оказывать придется.

Почечная колика

Под почечной коликой подразумевают патологическое состояние, обусловленное острой обструкцией мочеточника, которое характеризуется внезапной сильнейшей схваткообразной болью в поясничной области, несколько ниже и сзади от реберной дуги, распространяющиеся по ходу мочеточника с иррадиацией в мошонку, головку полового члена, бедро, половые губы. Почечная колика часто сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием живота, нарушением мочеиспускания. Характерным является то, что нет такой позы, при которой болевые ощущения стали бы меньше. Боль столь интенсивна, что больной мечется, не находя себе места, кричит и стонет. Так можно кратко описать клиническую картину типичной почечной колики.

В 40-50% причиной почечной колики является МКБ. Это может быть камень почечной лоханки небольших размеров, легко изменяющий свое положение при движении больного и остро нарушающий выделение мочи из лоханки. Но в подавляющем большинстве случаев причиной почечной колики является камень любого отдела мочеточника. Можно с уверенностью говорить о том, что ни при одном заболевании почек почечная колика не встречается столь часто, как это бывает при МКБ. Причиной почечной колики может быть и тромбоз сосудов почки, обтурация мочеточника сгустком крови, фибрина, отхождение песка и другие факторы, остро нарушающие отток мочи из почки. Возникновение острого болевого синдрома возможно при нефроптозе, когда ротация и резкое смещение почки вниз в положении стоя приводит к нарушению её гемодинамики.

Редко почечная колика возникает при сдавлении мочеточника опухолевым или воспалительным процессом в забрюшинном пространстве, равно как и при сдавлении интрамурального отдела мочеточника при опухоли мочевого пузыря и предстательной железы. В этих случаях создаются условия для медленного, постепенного нарушения оттока мочи и расширения ЧЛС и мочеточника с периодически возникающей тупой, ноющей болью и формированием УГН и гидронефроза (расширения чашечек).

Механизм развития колики обусловлен комплексом причин в виде нарушения оттока мочи из почки, нарушения венозного оттока и гемодинамики в почке, а также растяжения фиброзной капсулы и лоханки почки.

Приблизительно в 1/3 случаев почечная колика сопровождается рвотой. Почти постоянно больные ощущают тошноту. Длительность приступа разнообразна. Обычно приступ колики длится от 2 до 5 часов, может затихнуть и затем возобновиться с не меньшей силой через

несколько часов. Приступ боли может прекратиться столь же внезапно, как и возник, что является характерным для почечной колики. Часто по прекращении приступа в поясничной области остается тупая ноющая боль. Чаще всего это наблюдается при подвижных камнях почки или при быстром отхождении мелкого камня из мочеточника. Болевой синдром при почечной колике не ограничивается ощущениями в области почки. Почечное нервное сплетение связано с верхним и нижним чревными сплетениями, селезеночным сплетением, что обуславливает возникновение гастроинтестинальных симптомов: вздутие живота, разлитые боли в животе вследствие пареза кишечника.

Наиболее часто наблюдается иррадиация боли по ходу мочеточника в нижнюю часть соответствующей половины живота, органы мошонки, половые органы и уретру, головку полового члена, в паховую и надлобковую области, большие половые губы, появление императивных позывов к мочеиспусканию. Часто отмечается боль по передней и внутренней поверхности бедра. Иногда боль распространяется по всему животу. Практически не наблюдается иррадиация в верхнюю половину туловища (плечо, лопатку, грудную клетку).

Диагностика почечной колики в ряде случаев представляет большие трудности. Правильно собранный, целенаправленный анамнез, выявляющий наличие ранее аналогичных приступов с отхождением конкремента, песка, облегчает диагностику.

Исключительно важно динамическое наблюдение за поведением больного. Иногда достаточно войти в комнату, где находится больной с почечной коликой, чтобы возникло правильное представление о характере заболевания. Еще издали можно заметить мучительное, страдальческое выражение лица, двигательное беспокойство, больной мечется, не находит себе места. Если степень боли не столь интенсивна и больной ведет себя спокойно, нет оснований говорить о почечной колике. Тщательное наблюдение за поведением и видом больного должно всегда предшествовать осмотру. Нужно иметь в виду, что сильнейшие боли, заставляющие больного в буквальном смысле «лезть на стенку», не ассоциируются с высокой опасностью для жизни, но вызывают иногда тяжелый психологический стресс, страх и растерянность больного и его родственников. Терпеливо и тактично нужно разъяснить им, что, несмотря на высокую интенсивность болей, неосложненная почечная колика в отличие от других заболеваний, входящих в группу «острого живота», прямой угрозы жизни не создает. Врач должен принять меры для быстрого купирования почечной колики.

В момент острого приступа почечной колики трудно осуществить тщательную пальпацию, ибо больной не может спокойно лежать. Пальпацию начинают с легкого поглаживания и незначительного надавливания кончиками пальцев. Резкое постукивание и поколачивание в острой стадии заболевания недопустимы, ибо они вызывают обострение болевых ощущений. В большинстве случаев надавливание выявляет наибольшую болезненность в области косто - вертебрального угла, в месте между длинными мышцами спины и краем XII ребра. Наличие этой болезненной зоны подтверждает предположение о почечной колике, но отсутствие болевых ощущений не исключает заболевания почек.

Иногда в ранней стадии, особенно при камне мочеточника, наибольшая болезненность в первые 1,5-2 часа отмечается в соответствующей половине живота и подреберье. Лишь потом боль локализуется в поясничной области. Иногда пальпация в области подреберья, ощупывание поясничной области при положении больного на спине не выявляют болезненных зон. Если посадить больного и произвести легкое поколачивание по краю реберной дуги, по заднее – подмышечной или лопаточной линиям, это выявляет болезненность. Никогда в острой стадии почечной колики или подозрении на патологический процесс в паранефральной клетчатке не следует грубо поколачивать по поясничной области краем ладони или кулаком.

Пальпация при почечной колике может выявить вздутие живота, диффузное ложное напряжение мышц. Иногда выявляется болезненность в заинтересованной половине живота. При обструкции мочеточника камнем и явлениях периуретерита наибольшая болезненность при ощупывании определяется в зоне мочеточника, где локализуется камень. Как правило, при почечной колике не наблюдаются симптомы раздражения брюшины. Явления перитонизма нестойки, и динамическое наблюдение за больным позволяет дифференцировать истинное и ложное раздражение брюшины. При аускультации брюшной полости всегда прослушивается перистальтика кишечника. При почечной колике наблюдаются гиперестезия кожи поясничной области, усиленное потоотделение (висцеросекреторный рефлекс).

В ряде случаев почечную колику принимают за патологический процесс, происходящий в брюшной полости. Это приводит к тому, что больные, страдающие камнями правой почки или мочеточника, иногда подвергаются аппендэктомии. Часто больных с МКБ направляют в стационар с ошибочным диагнозом: острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, желчнокаменная болезнь, панкреатит. После аппендэктомии до 5-7% удаленных червеобразных отростков оказы-

ваются неизменными, поскольку истинным заболеванием была МКБ. У ряда больных, находящихся в стационаре после аппендэктомии, вновь возникала боль в правой половине живота, поясничной области, что в общем даже не вызывало большого удивления у хирургов. На обзорной рентгенограмме у них может выявляться тень конкремента в проекции мочеточника. Некоторые из таких пациентов могут подвергаться неоправданным лапаротомиям и другим операциям на органах брюшной полости.

К обязательным методам исследования при почечной колике относятся: ОАК, ОАМ, УЗИ, рентгенологическое и инструментальное исследования. При почечной колике, не осложненной инфекцией, имеется лейкоцитоз в крови, но он не нарастает и редко бывает сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что отличает почечную колику от острых гнойно-воспалительных процессов внутрибрюшных органов. Однако многие авторы наблюдали лейкоцитоз при почечной колике. Отсутствие лейкоцитоза не исключает почечной колики. Изменение количества лейкоцитов крови и увеличенная СОЭ могут возникать рефлекторным путем как ответная реакция организма на сильное болевое раздражение.

Для почечной колики характерна гематурия. Отсутствие её не исключает почечную колику, поскольку при обструкции мочеточника моча может не поступать из пораженной почки и не определяться в ОАМ. Однако наличие одной микрогематурии без других данных недостаточно для диагностики почечной колики, так как микрогематурия может наблюдаться при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка, при скользящих грыжах мочевого пузыря, тяжелых интоксикациях, обусловленных патологическим процессом в брюшной полости (токсический нефрит).

При почечной колике обычно отмечается брадикардия. Тахикардия более характерна для заболеваний органов брюшной полости. Часто больные с почечной коликой отмечают сухость во рту.

Даже при очевидной клинической картине почечной колики показана обзорная рентгенография всего мочевого тракта. На рентгенограмме должны быть видны область почек и малого таза вплоть до лонного сочленения.

Большое значение раньше имела хромоцистоскопия или индигокарминовая проба. Всегда при неясной картине почечной колики, особенно справа, когда возникает подозрение на внутрибрюшной процесс, до принятия решения об оперативном вмешательстве необходимо произвести эту пробу. Внутривенно вводят 5 мл 0,4% раствора индигокармина. Если индигокармин не выделился в течение 9-10 ми-

нут, вопрос о целесообразности срочного хирургического вмешательства на органах брюшной полости должен ставиться под сомнение. В подобных случаях клиническая картина бывает обусловлена заболеванием органов МВС. Не бывает нормального выделения индигокармина в остром периоде почечной колики. Если при клинической картине почечной колики индигокармин выделяется нормально, то причина болевых ощущений обычно не связана с процессом в органах МВС. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что если задержка выделения индигокармина должна ориентировать на почечную патологию, то нормальное его выделение даже при типичной картине почечной колики диктует необходимость наблюдения больного в хирургическом стационаре. Индигокарминовая проба исключительно важна для дифференцирования почечной колики от внутрибрюшных патологических процессов. Выделение индигокармина в течение 8-10 минут из устья правого мочеточника всегда основание для госпитализации больного в хирургическое отделение вне зависимости от результатов осмотра пациента, в том числе положительного симптома Пастернацкого, отсутствия напряжения мышц, болезненности в правой половине живота, отрицательного симптома Ровзинга – Шеткина. В течение часов ситуация может измениться, а поэтому больного должен наблюдать хирург. Отсутствие выделения индигокармина в течение 10 минут из устья мочеточника при соответствующей клинической картине – серьезное объективное подтверждение наличия патологии со стороны органов МВС. Вместе с тем одна лишь задержка с выделением индигокармина при сомнительной клинической картине – лейкоцитозе, повышенной температуре – не есть абсолютное указание на обструктивный процесс по ходу мочевого тракта.

Известное значение в дифференциальной диагностике почечной колики и аппендицита имеет новокаиновая блокада круглой связки матки или семенного канатика. Вполне технически доступно и допустимо её выполнение для общепрактикующего врача. Эта блокада часто снимает болевые ощущения у больных с почечной коликой, вызванной камнем нижней трети мочеточника.

Техника новокаиновой блокады: После бритья и обработки кожи спиртом семенной канатик захватывается двумя пальцами левой руки и в него вводится 60 мл. 0,25% раствора новокаина в области наружного отверстия пахового канала или непосредственно в его мошоночной части. При блокаде круглой связки матки раствор новокаина вводится по средней линии на 2-3 см. над лонным сочленением. При почечной колике, вызванной камнем почки, боль удастся купировать лишь у 20-25% больных, в то время как при почечной колике, вызван-

ной камнями мочеточника, блокада оказывается более эффективной. Обычно боль прекращается через 15-25 минут. Следует иметь в виду, что эффект от блокады подчас более выражен, чем действие других анальгетических препаратов. Можно ли использовать блокаду в качестве дифференциально-диагностического метода? В большинстве случаев при аппендиците блокада не дает положительных результатов. Оценка ее результатов требует осторожности, так как в некоторых, очень редких случаях после блокады боль и при остром аппендиците уменьшается или даже прекращается. Блокада семенного канатика и круглой связки матки может быть рекомендована как лечебное средство при почечной колике. Она безвредна, обладает длительным эффектом и легко выполняется в амбулаторных условиях.

В неясных случаях оправдана катетеризация мочеточника с заинтересованной стороны, при этом иногда удается провести катетер выше препятствия. По нему частыми каплями начинает выделяться моча, и через несколько минут прекращается боль. После удаления катетера боль может возобновиться, если сохраняется препятствие.

Во всех случаях, когда подозревается клиника почечной колики или она очевидна, показано УЗИ, что не требует подготовки и легко выполнимо в амбулаторных условиях. При этом в большинстве случаев обнаруживается конкремент или косвенные признаки наличия последнего в виде нарушения уродинамики – расширение мочеточника и ЧЛС.

Почечная колика в течение короткого периода может спонтанно прекратиться. Обычно это бывает при самопроизвольном отхождении камня, песка. Иногда острая боль стихает, но в течение 2-3 дней у больного сохраняется болевой синдром. Если болевой синдром возник впервые, то крайне важной с практической точки зрения является сторона поражения. Левосторонняя почечная колика менее опасна с точки зрения оценки эффективности возможных консервативных мероприятий. Действия при правосторонней почечной колике определяются тем, была ли в анамнезе аппендэктомия. Если да, то действия врача – более спокойны и определены.

При типичной почечной колике вряд ли возникнет сомнение и перед общепрактикующим врачом сразу же возникает вопрос – как помочь больному? Не вызывать же немедленно скорую помощь, возможности врача которой ничуть не больше возможностей самого общепрактикующего врача. Да и вызывая скорую помощь, общепрактикующий врач должен ясно представлять себе, для чего он это делает – для купирования болевого приступа или госпитализации. Не секрет, что в ответ на вопрос больному – что сделал врач скорой помощи,

прибывший на вызов по поводу почечной колики — слышишь ответ: «Приехал, сделал укол и уехал». Но это же вполне может сделать и общепрактикующий врач.

Из сказанного следует вполне логичный вывод, что все начальные меры по купированию острого болевого приступа при почечной колике, диагноз которой не вызывает сомнений, должен начинать и проводить общепрактикующий врач. При этом, однако, надо помнить, что консервативное лечение почечной колики имеет свои пределы.

Учитывая характер болевых ощущений — беспокойное поведение больного, наличие дизурических явлений, отсутствие симптомов раздражения брюшины, локальной болезненности с заинтересованной стороны, положительного симптома Пастернацкого, отсутствие диареи и нарушения менструального цикла, врач диагностирует почечную колику и может предпринять действия, направленные на устранение болевого приступа. Тепло на поясничную область можно применять в виде обычных или электрических грелок, горячей (до 40-45°C) ванны. Однако при этом нужно помнить о противопоказаниях при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях. Пребывание в ванне не должно превышать 20-25 минут. Резкая боль, особенно у пожилых пациентов и лиц, страдающих гипертонической болезнью, способствует повышению кровяного давления, что иногда требует купирования гипертонического криза. При почечной колике рекомендуется приём фитопрепаратов: «цистенал» или «уролесан» по 15-20 капель на сахаре под язык 2-3 раза в день, капли «канефрон» по 50 кап. 3 раза в день или по 2 таблетки 3 раза в день. Баралгин вводится внутримышечно 5 мл. или медленно внутривенно в течение 3-5 минут. Если эффект не наступает, возможно применение 1% - 1 мл. промедола подкожно, однако в настоящее время наркотические анальгетики для купирования приступа почечной колики используются крайне редко. Европейская ассоциация урологов рекомендует применение диклофенака 2,5%-3 мл. (75 мг.) внутримышечно, 150 мг. в сутки. Затем для предотвращения повторных приступов назначаются свечи или таблетки (при отсутствии противопоказаний) диклофенака в суточной дозе 150 мг. Применяются также различные комбинированные смеси и препараты (спазган, максиган и др...). К преимуществам смесей относят их одновременное спазмолитическое и болеутоляющее действие, например: анальгин 50%-2 мл. + папаверин 2%-2 мл. + димедрол 1%-1 мл. в/мышечно. В большинстве случаев указанными мероприятиями удастся купировать болевой синдром. Удовлетворительное состояние больного, отсутствие лихорадки, лейкоцитоза крови, наличие мелкого конкремента по ходу мочеточника, может оправдывать амбулаторное

ведение пациента с назначением водных нагрузок, небольших доз диуретиков и использование физиотерапии. Вместе с тем общепрактикующий врач, занимаясь купированием почечной колики, должен трезво оценивать свои возможности и не забывать о пределах своих возможностей и не пропустить момент, когда больного нужно госпитализировать и передать специалистам-урологам или хирургам. Следует указать, что если боль сохраняется, то больного следует госпитализировать.

Тепловые процедуры, введение обезболивающих и спазмолитиков и даже новокаиновая блокада могут дать двоякий результат: полностью купировать почечную колику, оставив лишь небольшие ноющие боли в области почки, или принести лишь временное облегчение, после чего приступ снова повторяется.

В первом варианте врач может считать свою задачу в данный момент выполненной. Больной направляется на плановую консультацию уролога. Во втором варианте после двух-трех попыток купировать колику необходимо прекращать домашнее лечение и госпитализировать больного в стационар, располагающий дополнительными возможностями (катетеризация мочеточника, извлечение или срочное аппаратное дробление камня), вплоть до неотложных операций, показания к которым в последнее время сужены.

Со стороны общего состояния предел консерватизму решительно кладут признаки начинающегося пиелонефрита, который в условиях обструкции мочевых путей в ряде случаев протекает крайне злокачественно и агрессивно, сразу принимая характер уросепсиса. Поэтому резкий подъем температуры тела, повторяющиеся ознобы, неустойчивое и низкое артериальное давление, требуют немедленной госпитализации и восстановления оттока мочи.

Иная тактика необходима при правосторонней почечной колике. Если червеобразный отросток не был удален, любые сомнения в достоверности почечной колики решаются в пользу срочной госпитализации. Эти сомнения исключают применение нестероидных противовоспалительных препаратов и наркотических анальгетиков. Оставление больного в домашних условиях возможно лишь тогда, если пациенту будет обеспечено постоянное врачебное наблюдение. Если сохраняются болевые ощущения в правой половине живота, но поведение больного становится более спокойным, т.е. он не стонет, хочет лежать, пальпаторно боль локализуется больше в подвздошной области, даже при сохраняющемся симптоме Пастернацкого, то пациента следует срочно госпитализировать. Нет хирурга-уролога, который не ошибался бы в своевременном распознавании аппендицита. Забрю-

шинное тазовое или высокое подпеченочное расположение воспаленного червеобразного отростка – тяжелая диагностическая задача даже для опытного клинициста. Нужно исследовать лейкоцитоз крови в динамике, выполнить обзорную и экскреторную урографию. Показано УЗИ почек. Иногда необходимо проведение индигокарминовой пробы. При обнаружении стаза контраста и тени, подозрительной на конкремент, больной подлежит госпитализации в урологический стационар. Если на обзорной рентгенограмме теней конкрементов нет, а контрастная урография не выполнена по каким-либо причинам (непереносимость препаратов йода), ЧЛС на УЗИ не расширена, имеется лейкоцитоз крови, имеется гематурия, больного следует госпитализировать для наблюдения в хирургическое отделение. Через сутки-двое, когда станет ясно, что в брюшной полости «все спокойно», больного можно перевести в урологический стационар.

При правосторонней, казалось бы, очевидной, почечной колике, если не производилась аппендэктомия, больного обязаны в приемном отделении осмотреть хирург (женщину – гинеколог). С учетом этого будет решаться вопрос о «местопребывании» пациента. Всекие сомнения в наличии почечной колики или, правильнее, малейшие подозрения на аппендицит должны решаться в пользу наблюдения пациента в хирургическом стационаре. Исключив аппендицит, больного можно перевести в урологическое отделение. В то же время пребывание больного в урологическом отделении при малейших подозрениях на наличие аппендицита чревато серьезными опасностями для его жизни. На фоне противовоспалительной и обезболивающей терапии клинические проявления аппендицита маскируются, и в лучшем случае дело заканчивается аппендикулярным инфильтратом.

Если медикаментозно не удастся купировать почечную колику, то наиболее верным решением, особенно у женщин, будет проведение катетеризации мочеочника. В опытных руках врача-уролога эта процедура не представляет трудностей. Проведение катетера выше камня позволяет устранить обструкцию, восстановить выделение мочи из почки по катетеру, сразу принося облегчение. Вопрос о длительности оставления катетера решается индивидуально в зависимости от уровня преодоленного препятствия, размеров конкремента, наличия или отсутствия воспалительного процесса в почке. Почечная колика, сопровождающаяся субфебрильной температурой, симптомами интоксикации, требует соответствующей противовоспалительной и антибактериальной терапии, которая должна назначаться после восстановления пассажа мочи. Альтернативой является ЧПНС.

Крупные размеры камня, невозможность провести катетер, сохраняющаяся обструкция, присоединяющийся пиелонефрит с септическим течением – основание для принятия решительных мер, включая оперативное пособие. С последним не следует тянуть, ибо нередко через сутки-двое может развиваться гнойный пиелонефрит.

Дифференциальная диагностика почечной колики и заболеваний органов брюшной полости

Почечная колика	Заболевания органов брюшной полости
Субъективные признаки	
1. Острое начало заболевания	1. Обычно не столь острое при аппендиците
2. Информация о диагностированной ранее МКБ	2. Наличие «язвенного» анамнеза, заболевания печени, поджелудочной железы
3. Двигательное возбуждение, больной не находит успокоения от боли независимо от принятого положения	3. Больные с аппендицитом, прободной язвой желудка, калькулёзным холециститом, перитонитом ведут себя спокойно, обычное положение их на спине с подтянутыми ногами или на боку. Возможно двигательное возбуждение при непроходимости кишечника, желчной колике, панкреатите, больные беспокойны в постели
4. Общее удовлетворительное состояние, отсутствие коллапса	4. Тяжелое состояние больного при перитоните, коллапс (часто) при прободной язве, вялость, угнетенное состояние иногда при обострении хронического аппендицита, тяжелое состояние при тромбозе мезентериальных сосудов
5. Больной стонет, кричит от боли	5. При аппендиците нет столь интенсивных болей. «Кинжальная» боль при прободной язве, схваткообразная боль в животе при кишечной непроходимости
6. Боль при почечной колике стабильна, постоянна по степени интенсивности	6. При непроходимости кишечника, особенно динамической, болевые ощущения наступают волнами, несколько стихая и вновь усиливаясь
7. Частая тошнота, рвота, нет нарушения функции кишечника, возможно вздутие живота	7. При аппендиците наблюдается рвота, нарушение функции кишечника при непроходимости (понос при завороте)
8. Дизурические явления часто сопутствуют почечной колике (камень тазового отдела мочеточника)	8. Дизурия возможна при тазовом расположении червеобразного отростка, аднексите, не наблюдается при других причинах «острого живота».
9. Иррадиация боли в половые органы, бедро	9. Возможна иррадиация в половые органы при тазовом расположении червеобразного отростка, аднексите. при остальных заболеваниях обычно отсутствует

Почечная колика	Заболевания органов брюшной полости
10. Икоты не бывает	10. Икота возможна при перитоните любой этиологии (раздражение блуждающего нерва)
11. Возможен озноб	11. Обычно не наблюдается
12. Изменение положения тела не влияет на характер боли	12. Изменение положения усиливает боль
Объективные данные	
1. Как правило, нормальная температура	1. При аппендиците, холецистите, перитоните повышение температуры
2. Нормальный пульс, брадикардия	2. Всегда учащение пульса
3. Влажный язык при сухости во рту	3. Сухой обложенный язык
4. Живот участвует в акте дыхания	4. Симптом «ощажения живота»
5. Конфигурация живота обычная, возможно вздутие	5. Асимметрия живота при динамической непроходимости, втянутый, ладьевидный живот – при перфорации
6. Напряжения мышц обычно не бывает; если наблюдается, то оно диффузное и чаще всего носит ложный характер	6. Истинное напряжение мышц брюшной стенки, диффузное или локальное
7. Симптомы раздражения брюшины в 90% отсутствуют	7. Положительные симптомы раздражения брюшины
8. Перистальтика кишечника обычно сохранена	8. Нарушение перистальтики при перитоните любого происхождения, при кишечной непроходимости
9. Локальная болезненность в костовертебральном углу. Положительный симптом Пастернацкого.	9. Обычно симптом Пастернацкого отрицательный. Нерезко положительным бывает при холецистите, высоком расположении червеобразного отростка.
10. Анализ крови: возможен лейкоцитоз	10. Последовательное нарастание лейкоцитоза крови с палочкоядерным сдвигом
11. Микрогематурия	11. Микрогематурия возможна при аднексите, аппендиците
12. Ликвидация или уменьшение боли при новокаиновой блокаде семенного канатика или круглой связки матки	12. Отсутствие эффекта от новокаиновой блокады в 95% случаев при аппендиците
13. Тень конкремента на рентгенограмме в почке или по ходу мочеточника	13. Отсутствие теней конкремента
14. Отсутствие или резкое снижение выделения индигокармина в 90%	14. Нормальное выделение индигокармина
15. При УЗИ: расширение ЧЛС и мочеточника	15. Отсутствие изменений при УЗИ

Острая задержка мочеиспускания

На долю ОЗМ приходится до 20% всех вызовов скорой помощи, выполняемых по поводу урологических заболеваний. Если сравнивать по степени неотложности почечную колику и ОЗМ, на первое место выходит ОЗМ. Если при почечной колике сам больной пытается какими-то домашними средствами уменьшить боль и иногда ему это удается, при ОЗМ возможности её ликвидации у больного почти полностью отсутствуют. Попытки восстановить мочеиспускание применением тепла или рефлекторным воздействием в виде шума выливающейся из крана воды обычно заканчиваются безуспешно. Поэтому вызов скорой помощи при ОЗМ следует значительно быстрее, чем при почечной колике. Бесплодные попытки к мочеиспусканию при переполненном мочевом пузыре оказываются для больного даже более мучительными, чем при почечной колике. Если ОЗМ наступит днем и если ОЗМ предшествует ХЗМ, когда сократительные возможности пузыря резко ослаблены, сокращения более вялые и не такие мучительные, больной может обратиться к врачу общей практики. При ОЗМ ночью и там, где ОЗМ наступает внезапно, без предшествующей ХЗМ, она мучительная и резко болезненная, последует вызов бригады скорой помощи.

Невозможность осуществить акт мочеиспускания может развиться при ряде заболеваний. Чаше всего ОЗМ возникает у мужчин, у которых имеются патологические процессы в предстательной железе или уретре и редко данное состояние наблюдается у женщин. У женщин причинами ОЗМ являются опухолевые процессы в мочеиспускательном канале или вне его (узлы фибромиомы), вызывающие механическое сдавление уретры. Возможно нарушение просвета уретры при разрастании грануляционной ткани как следствие хронического продуктивного воспалительного процесса, ущемлении уретероцеле, при инородных телах мочевого пузыря, ущемлении выпавшей слизистой уретры.

Обязательно пальцевое исследование прямой кишки, но нужно помнить, что при наполненном мочевом пузыре верхнее – передняя стенка прямой кишки выбухает в ее просвет, вследствие чего истинное представление о размерах или наличии опухоли предстательной железы будет недостоверным. Информация о том, что в анамнезе была аденомэктомия или гонорея, существенна для того, чтобы предположить наличие стриктуры уретры.

Наиболее частыми причинами ОЗМ являются заболевания предстательной железы (ДГП, РПЖ, острый простатит), прогрессирующая стриктура уретры, травмы с разрывом мочеиспускательного канала,

закупорка мочеиспускательного канала камнем, тампонада мочевого пузыря сгустками крови. Возможна и рефлекторная задержка мочи.

Нередко провоцирующим фактором для возникновения ОЗМ является прием алкоголя на фоне «увеличенной предстательной железы», не вызывавшей ранее особых беспокойств. Прием алкоголя снижает порог чувствительности. Мочевой пузырь растягивается за пределы физиологической вместимости и справлявшийся в нормальной ситуации детрузор оказывается в состоянии декомпенсации. Кроме того, прием алкоголя способствует гиперемии тазовых органов, что приводит к отёку увеличенной в объеме предстательной железы и обструкции задней уретры.

С практической точки зрения нужно поставить диагноз, однако в любом случае необходимы срочные действия по оказанию помощи – эвакуация мочи путем катетеризации. Катетеризация уретры – общеврачебная манипуляция во всем мире. В осложненных случаях – это прерогатива уролога. Знание правил катетеризации дает реальные возможности и права для оказания первой помощи при ОЗМ, поскольку катетеризация является главным средством хотя бы временной её ликвидации. Отсюда вытекает необходимость освоения общепрактикующим врачом таких необходимых для него навыков, как выполнение катетеризации мочевого пузыря и его капиллярной пункции.

Второй вопрос – о праве общепрактикующего врача выполнять «урологические» манипуляции. В отношении женщин этого вопроса не должно быть. Простота и безопасность катетеризации уретры позволяет выполнять её не только общепрактикующему врачу, но и самой больной. Самокатетеризация при ХЗМ у женщин применяется достаточно широко. Другое дело, когда речь идет о мужчинах, да еще в осложненных условиях. Однако и здесь в экстремальных ситуациях даже средним медработникам разрешается предпринимать попытку катетеризации эластическим катетером. В любом случае попытки выведения мочи металлическим катетером для врачей, не владеющих методикой, недопустимы. Это прерогатива или уролога, или специально обученной бригады скорой медицинской помощи. Общепрактикующий врач при невозможности немедленно привлечь к ликвидации ОЗМ уролога должен предпринять попытку опорожнить мочевой пузырь катетеризацией эластичным катетером. Если попытки проведения инструмента оказываются неудачными, а страдания пациента сильны, вполне допустимо эвакуировать мочу пункцией мочевого пузыря. Особо осторожными должны быть манипуляции при ОЗМ в связи со стриктурой уретры, хотя, как правило, такие больные обращаются за помощью раньше – в связи с истончением струи мочи.

Техника катетеризации:

1. Дезинфекция головки полового члена или вульвы раствором антисептика;
2. Заполнение уретры бактерицидным лидокаиновым гелем (одноразовый шприц) или смачивание катетера в стерильном вазелине + 2% р-р лидокаина;
3. Поднятие полового члена без усилия с целью выпрямления лобкового изгиба уретры и введение катетера;
4. Начинать катетеризацию следует всегда с резиновых катетеров, лучше клювовидные;
5. Безопаснее с точки зрения профилактики травмы применять катетеры более толстого диаметра № 18-22;
6. Тракция за головку с целью натяжения бульбарного изгиба уретры – для облегчения прохождения катетера;
7. При расслаблении мышц тазового дна катетер без проблем проходит наружный сфинктер и заднюю уретру и входит в мочевой пузырь, при этом выделяется моча из катетера. Если мочи нет, катетер продвигается дальше и промывается. Если мочи снова нет – анурия?, тампонада МП?, разрыв мочевого пузыря?;
8. Заполнение баллона катетера Фолея (5-7мл.) и контроль расположения баллона (потянуть катетер, чтобы баллон уперся в шейку МП). Оставление заполненного баллона в уретре может привести к разрыву уретры, уретроррагии, пролежню уретры и уросепсису;
9. Не должна выполняться насильственная катетеризация!
10. Введение катетера у женщин не представляет трудностей после нахождения наружного отверстия уретры;
11. Использовать металлический катетер может лишь специально обученный, имеющий опыт врачевный персонал;
12. Если катетер не удается провести в мочевой пузырь, а из уретры выделяется кровь, попытки катетеризации должны быть прекращены и больного следует немедленно госпитализировать;
13. При невозможности провести в мочевой пузырь катетер для эвакуации мочи целесообразно прибегнуть к надлобковой пункции мочевого пузыря.

Техника капиллярной надлобковой пункции мочевого пузыря:

Эта манипуляция может быть использована для ликвидации ОЗМ на догоспитальном этапе. Для этого нужно наличие стерильной тонкой длинной иглы с широким просветом, 20-мл. шприца и раствора новокаина для обезболивания кожи. Резкое растяжение мочевого пузыря в условиях ОЗМ, отодвигание брюшины и кишечника достаточно далеко вверх делают эту манипуляцию практически безопасной.

Иглу нужно вводить строго перпендикулярно к поверхности живота на середине расстояния между лоном и легко определяемой пальпаторно верхушкой мочевого пузыря. После выведения мочи игла удаляется.

Повреждение спинного мозга (травма, опухоль) приводит к нарушению функции тазовых органов. Одним из вариантов таких нарушений наряду с автономным, спастическим, рефлекторным может быть и просто атония мочевого пузыря и невозможность опорожнить его, т.е. ХЗМ. У женщин с истероидным типом характера может иногда возникать ОЗМ. В этом случае достаточно однократной катетеризации. Может понадобиться консультация и лечение у психиатра.

При выполнении различных хирургических вмешательств, прежде всего у лиц преклонного возраста, ОЗМ может возникнуть из-за введения атропина, при выраженном послеоперационном болевом синдроме, и потому, что больной просто не в состоянии осуществить акт мочеиспускания в горизонтальном положении. При возможности нужно активизировать больного. Никаких осложнений при этом не наблюдается, кроме того, практически исчезает риск смерти больных от тромбоэмболии легочной артерии. Причиной ОЗМ может являться парапроктит, обострение геморроя или ущемление геморроидальных узлов, операции на прямой кишке, трещина прямой кишки, что бывает не так уж редко. У мужчин возникновение ОЗМ в этом случае связано с наличием ДГП.

Примером тому и травматологические больные, когда пациенты с переломом шейки бедра, скелетным вытяжением, первое время нуждаются в помощи уролога. Обычно достаточно двух-, трехкратной эвакуации мочи, рекомендации расположить грелку в нижней части живота, в/м введение прозерина и активизация функции кишечника (в/в 5% раствор NaCl и очистительная клизма). У большинства из них через несколько дней восстанавливается мочеиспускание, однако в отдельных случаях приходится прибегать к постановке постоянного уретрального катетера на несколько суток.

При разрыве уретры попытки проведения катетера, как правило, безуспешны, но могут быть выполнены квалифицированным урологом. Другие авторы рекомендуют дренировать мочевой пузырь путем троакарной цистостомии или эпицистостомии. Об этом говорится неопределенно в связи с тем, что если имеется неполный разрыв мочеиспускательного канала, то ОЗМ не наступает. Если же она возникла, то имеется полный разрыв уретры. При этом попытки введения любого инструмента увеличивают травму, создают условия для инфицирования раны.

Техника троакарной цистостомии:

1. С помощью уретрального катетера в мочевой пузырь вводится 600-700 мл. 0,9% раствора NaCl и проводится пальпаторный или УЗИ-контроль его заполнения, переходная складка брюшины сдвигается вверх;
2. Дезинфекция передней брюшной стенки и обкладывание стерильными простынями как при операции;
3. Местное обезболивание области пункции и подлежащих тканей до стенки мочевого пузыря 0,5% раствором новокаина + возможен в/в наркоз;
4. После небольшого разреза кожи и апоневроза пробная пункция мочевого пузыря тонкой длинной иглой на 2 поперечных пальца выше лонного сочленения;
5. После получения по игле мочи, производится пункция мочевого пузыря металлическим троакаром с катетером Фолея Ch.21-22 или специальным катетером Cysto-fix Ch.10-12;
6. После проникновения троакара в полость мочевого пузыря, катетер продвигается в пузырь и в баллон вводится 10 мл. жидкости;
7. Удаление троакара и фиксация катетера к коже под натяжением, асептическая повязка.

Если после 3-х дневной катетеризации или капиллярной пункции самостоятельное мочеиспускание не восстанавливается (стандартно рекомендуется еще применение какого – нибудь из известных альфа-блокаторов – тамсулозин, теразозин, доксазозин, альфузозин) больной подлежит госпитализации в урологическое или хирургическое отделение.

При ОЗМ в связи с диагностированным абсцессом предстательной железы проблема разрешается катетеризацией с незамедлительным вскрытием и дренированием гнояника через промежность или трансуретральной резекцией. Сразу после этого восстанавливается нормальное мочеиспускание. При септическом течении заболевания может быть временно показано надлобковое дренирование мочевого пузыря.

Нередко причиной ОЗМ является фимоз. Обычно пациенты приспосабливаются и привыкают к тому, что струя мочи истончается. Напряжение мышц брюшного пресса для выделения мочи возрастает, однако нежелание операции приводит рано или поздно к ОЗМ. Невозможность обнажения головки полового члена – аномальное явление, тем более что этому сопутствует и постепенное истончение струи мочи, вплоть до выделения мочи по каплям при значительном натуживании. При этом происходит раздувание полости препуциального

мешка. Больные сдавливают его рукой для опорожнения. Даже и это не всегда заставляет пациента обращаться к врачу. Известно, что, если подобное состояние существует длительное время, может развиться ХЗМ с двусторонним УГН. Задержка мочи разрешается элементарным оперативным пособием – круговым иссечением крайней плоти.

Всегда, когда речь идет об ОЗМ, действия врача должны быть достаточно оперативными, но не агрессивными, поскольку пациенты испытывают болезненные, бесплодные тенезмы, стонут от боли и ждут оказания экстренной помощи.

Пациентам, которые находятся в бессознательном состоянии, вне зависимости от причин его развития, показано постоянное дренирование мочевого пузыря путем установки уретрального катетера.

Острая ситуация, требующая оказания срочной медицинской помощи, возникает при парафимозе. При этом крайняя плоть, сдвинутая за головку полового члена, не может быть смещена для закрытия головки. Она сдавливает головку члена, вызывая резкую боль. Если не ликвидировать ущемляющее кольцо, то возникает значительный отек головки и она резко увеличивается в объеме. И если в ранние сроки ущемление удастся ликвидировать консервативно, натягивая на головку препуциальный мешок 2-м и 3-м пальцами рук врача при вдавливании ее в противоположном направлении смазанным вазелином большим пальцем, то с течением времени это становится невозможно. В зону ущемления в этом случае вводится 0,25-0,5% раствор новокаина и ущемляющее кольцо рассекают.

При камне, застрявшем в уретре, вначале делается попытка форсированного мочеиспускания. Иногда выполняется наружная уретротомия с наложением мочепузырного свища или установкой постоянного катетера в уретру. При камне в задней уретре делается попытка «проталкивания» камня в мочевой пузырь и последующим дроблением его в полости мочевого пузыря.

Так же как и при почечной колике, врач должен четко представлять себе пределы консерватизма. Некупированная ОЗМ таит в себе угрозу быстрого развития уросепсиса, проявляющегося гнойно-деструктивными воспалительными заболеваниями предстательной железы, мочевого пузыря и почек. Первыми признаками возникновения этих осложнений, как и при почечной колике, будет гектическая лихорадка, ознобы, коллаптоидное состояние. В этих случаях предпринимать или продолжать попытки ликвидации ОЗМ в условиях работы общепрактикующего врача нельзя. Больной подлежит немедленной госпитализации в специализированное отделение для оказания срочной хирургической помощи (вскрытие абсцесса предстательной

железы, наложение высокого свища мочевого пузыря, экстренная или срочная аденомэктомия).

Таким образом, ОЗМ в подавляющем большинстве случаев возникает у мужчин. Причины ее могут быть разнообразными, однако установление их в каждом случае определяет выбор наиболее рациональных лечебных мероприятий, которые могут носить консервативный или оперативный характер.

Анурия

Анурия – состояние, при котором почки перестают образовывать мочу (секреторная анурия) или моча не попадает в мочевой пузырь (эксекреторная анурия). В связи с тем, что этиология и патогенез, которые лежат в основе прекращения формирования мочи или обструкции разнообразны, больные с анурией могут наблюдаться различными специалистами. Существуют различные классификации, но четко выделены три вида анурий – преренальная, ренальная, постренальная. В данном разделе описана тактика врача при обструктивной (постренальной) анурии.

Обструктивная анурия возникает при МКБ, сдавлении мочеточника опухолью, рубцами – после лучевой терапии злокачественных опухолей органов таза, ятрогенной перевязки мочеточника – при операциях на органах таза, удалении единственной или единственно функционирующей почки.

МКБ – наиболее частая причина анурии, однако нужен ряд обстоятельств, при которых могла бы возникнуть анурия как следствие или двухсторонней обструкции, или обструкции мочеточника единственной почки. При больших коралловидных камнях, анурия возникает только в стадии терминальной ХПН. Мелкие конкременты (до 6-8 мм.) покидают организм, как правило, самостоятельно. Более крупные камни (более 1 см.), располагаясь в почке или мочеточнике, сопровождаются клиникой почечной колики и рано или поздно удаляются оперативным путем или методом ДЛТ.

Первый вариант – двухсторонние камни почек. Чаше используется активная тактика лечения для профилактики анурии и сохранения функции почки, еще до развития двухсторонней обструкции. Выполняются двухмоментные вмешательства. Первой оперируется почка или там, где клиническая картина наиболее выражена или имеются подозрения на развитие гнойного процесса. При отсутствии противопоказаний может выполняться ДЛТ. Если клинические проявления МКБ с обеих сторон одинаковы, то наиболее целесообразно оперировать или выполнять ДЛТ там, где функция почки более сохранена. Эта

почка быстро восстановится, что позволит, имея «здоровый» тыл, удалять или дробить камни во второй почке, а в крайней ситуации – удалить вторым этапом «тяжело больную почку», зная, что остающаяся функционирует нормально.

Второй вариант – выраженная почечная колика и анурия при наличии камня почки с одной стороны и камня мочеточника – с другой. При анурии до 2 сут., отсутствии признаков острого пиелонефрита, мелком камне мочеточника (5-7 мм.), допустима попытка катетеризации мочеточника. Если мочеточник непроходим – срочная ЧПНС с последующей ДЛТ или при развитии воспаления – уретеролитотомия. Если мочеточник был проходим, выделялась моча, но после удаления катетера сохраняется или возобновляется анурия (камень не вышел вместе с катетриком) – ЧПНС, установка стента с последующей ДЛТ или срочная уретеролитотомия. После этого выполняется ДЛТ почечного камня (с установкой стента или без стентирования) или пиелолитотомия. Если имеется выраженный болевой синдром, обусловленный камнем почки, то возможно ДЛТ или оперативное удаление камня почки с одной стороны, «под прикрытием» стента в мочеточнике с другой стороны.

Третий вариант – тактика при двухсторонних камнях мочеточников. Выполняется попытка катетеризации и установки стентов, либо ЧПНС с последующей ДЛТ. При остром гнойном пиелонефрите и локализации камня в н/3 мочеточника выполняется люмботомия с пиелотомией и попыткой протолкнуть камень в мочевой пузырь через разрез лоханки. Если камень не вытолкнут во время операции – отток мочи в послеоперационном периоде будет происходить по пиелостоме и можно применить ДЛТ. Далее выполняют ДЛТ или операцию с другой стороны, либо извлекают камень из н/3 мочеточника эндовезикально, либо камень отходит самостоятельно.

Следующей причиной анурии является сдавление мочеточников неоперабельной, инфильтративной, эндофитной опухолью мочевого пузыря в области дна или межмочеточниковой складки. Из-за того, что диагностика инфильтративной опухоли нелегка, при расстройствах мочеиспускания, микрогематурии, она часто расценивается врачами общей практики как проявление ДГП или цистита. Вообще у мужчин первичный цистит практически не встречается и установление такого диагноза допустимо только после проведения цистоскопии. Цистит может быть следствием проведенного инструментального вмешательства. При цистоскопии почти всегда можно установить причину возникновения такого (вторичного) цистита: камень мочевого пузыря или опухоль мочевого пузыря. При подозрении на опухоль

(гиперемия слизистой, буллезный отёк) необходимо полное урологическое обследование. При анурии показано восстановление пассажа мочи методом уретерокутанео- или ЧПНС, паллиативное лечение, прогноз плохой.

Анурия может возникнуть и при сдавлении интрамуральных отделов мочеточников РПЖ. Необходим ректальный осмотр. При подтверждении диагноза выполняется попытка катетеризации мочеточников, при их непроходимости – одно- или двухсторонняя ЧПНС, наряду с массивной гормонотерапией. В стадии стойкой ремиссии простата значительно уменьшается, рассасываются метастазы. Показана установка стентов и закрытие пиелостомических свищей. Редко возможно сдавление мочеточника забрюшинным опухолевым процессом с обеих сторон. Мочеточник практически никогда не прорастает опухолями. Он сдавливается в опухолевом инфильтрате. В данном случае выполняется катетеризация мочеточников и установка стента с одной или с обеих сторон или выполняются ЧПНС.

Анурия может возникнуть вследствие сдавления мочеточников в результате постлучевого фиброза забрюшинной клетчатки при передозировке лучевой терапии по поводу опухолей органов МПС. Анурия в таких случаях возникает не внезапно, так как рубцовые изменения происходят постепенно. На фоне олигурии возникает анурия. Необходима цистоскопия и установка стента мочеточника на длительный срок. При непроходимости – срочная операция уретерокутанеостомии или ЧПНС с той стороны, где наиболее выражен болевой синдром или имеется острый пиелонефрит, затем операция на контрлатеральной стороне. Почечные свищи могут остаться на всю жизнь или в последующем выполняется уретеронеоцистоанастомоз, операция Боари.

Шансы на спасение больных с анурией находятся в прямой зависимости от давности анурии. Нужно помнить, что выжидательная тактика при калькулёзной анурии, применение любых консервативных методик и инструментальных вмешательств не должна превышать 2-3 сут. при отсутствии клиники острого пиелонефрита. Дальнейшее ожидание приводит к развитию печеночно – почечной недостаточности, нарушениям водно – электролитного баланса, развитию легочно – сердечных нарушений.

Ятрогенные повреждения мочеточника встречаются в гинекологической практике. Анурия возникает при перевязке мочеточника единственной/единственно функционирующей почки или одновременно перевязка мочеточников с обеих сторон. Анурия ликвидируется либо катетеризацией мочеточника с последующей заменой его на

стент, либо ЧПНС под УЗИ. Рассмотрению возможных вариантов оперативного восстановления проходимости мочеточников посвящено много литературы. Эта проблема не носит экстренного характера и решается урологами в зависимости от многих факторов.

Острые заболевания органов мошонки

В последние годы появился и прочно утвердился обобщающий термин «острая мошонка», включающий такие острые заболевания органов мошонки, как острый орхоэпидидимит, травма яичка, перекрут семенного канатика, перекрут гидатид яичка или придатка яичка. Здесь можно говорить о полной аналогии с понятием «острый живот».

Врач общей практики должен знать, что только у 50% больных, особенно у детей, возможен до конца правильный диагноз, несмотря на расширение диагностических возможностей (УЗИ с доплером), малодоступных для общепрактикующего врача. Да и времени для уточнения диагноза в ряде случаев не остается. Учитывая высокую функциональную и психологическую значимость органа, главным требованием при острых заболеваниях, включаемых в синдром «острой мошонки», является сохранение яичка и его функции. В то же время известно, что при перекруте семенного канатика быстро развивается ишемия, а через 6 часов начинаются некротические процессы. Даже при сохранении такого яичка оно впоследствии атрофируется. При острых орхоэпидидимитах консервативная терапия в 20-25% заканчивается развитием деструктивных форм с функциональной гибелью яичка. У детей чаще всего встречается перекрут семенного канатика и гидатид, у взрослых – травма и острые орхоэпидидимиты.

Клиническая картина перекрута семенного канатика у детей развивается стремительно и бурно. После прыжка, поднятия тяжести, бега, а иногда и без всякой видимой причины возникает резкая боль в мошонке, отдающая в пах и подвздошную область по ходу семенного канатика, кожа мошонки краснеет и отекает, яичко увеличивается и становится резко болезненным. Поведение ребенка становится крайне беспокойным. Сходную картину могут давать перекрут гидатид и острый орхоэпидидимит. Однако дифференциальный диагноз крайне труден. Во всех этих случаях будет правильнее руководствоваться наличием синдрома «острой мошонки», требующим неотложного хирургического вмешательства. Так было раньше. При возможности выполнения УЗИ с доплером неотложной операции требуют только состояния с отсутствием кровотока в яичке при исследовании.

Функции общепрактикующего врача в этих случаях имеют ограниченный характер. Обезболивание можно назначать (как и при

«остром животе») только при определившейся линии на немедленное хирургическое вмешательство с целью уменьшить боль во время транспортировки и в ожидании операции. С той же оговоркой должно назначаться и местное применение холода. Для обезболивания можно назначать средства общего действия, а при наличии условий выполняют блокаду семенного канатика. Главной же задачей общепрактикующего врача будет организация доставки больного в больницу для неотложной операции. Иногда приходится настойчиво убеждать в необходимости срочной операции родителей ребенка, которых пугает возможность потери яичка во время операции. Поэтому при разговоре с ними должна быть внесена абсолютная ясность — операция проводится именно с целью спасения яичка и выполнять ее необходимо в первые 5-6 часов от начала заболевания, так как каждый час промедления увеличивает опасность гибели яичка.

Удар в промежность, падение на промежность, быстро нарастающая гематома мошонки и промежности, резкая боль в яичке не вызывают сомнения в диагнозе. Часть больных при резко выраженном болевом симптоме напрямую, через скорую помощь, попадают в специализированные отделения. При менее выраженных симптомах больные могут обратиться к общепрактикующему врачу, который назначает консервативное лечение: в расчете на самостоятельное рассасывание гематомы и выздоровление назначают холод, обезболивающие препараты, антибиотики. Такая тактика не всегда ошибочная. Но роль общепрактикующего врача в таких случаях должна сводиться к тому, чтобы убедить больного или, если речь идет о ребенке, его родителей в необходимости консультации уролога. Иногда требуется операция: опорожнение гематомы, удаление мертвых тканей, ушивание разрывов яичка, что ускоряет выздоровление. К сожалению как после операции, так и без нее часто развивается аутоиммунная реакция и повреждение антиспермальными антителами противоположного яичка.

Острый орхоэпидидимит также начинается с сильных болей в мошонке, с отека и припухлости тканей мошонки, резко усиливающейся болезненности при попытках пальпации яичка. В отличие от перекрута семенного канатика острые воспалительные заболевания чаще встречаются у молодых людей и лиц среднего возраста. Болевой синдром сопровождается повышением температуры тела, быстрым вовлечением в процесс кожных покровов.

При острых формах, сопровождающихся сильнейшими болями и лихорадкой, больные вызовут скорую помощь и поступят непосредственно в больницу, часто минуя общепрактикующего врача. Если

они обратятся к врачу общей практики, тактика здесь однозначная – наложение суспензория, введение обезболивающих средств в/м и немедленная госпитализация.

При менее острых формах больные могут обращаться к общепрактикующему врачу, который должен назначить лечение – холод на мошонку, антибиотики, обезболивающие средства и направить больного на консультацию к урологу. Только ограниченные воспалительные инфильтраты в яичке и придатке поддаются при массивной терапии если не рассасыванию, то во всяком случае устойчивой стабилизации. При обширных сливных орхоэпидидимитах, когда инфильтрат захватывает яичко и придаток, консервативная терапия, местная массивная антибиотикотерапия, не всегда эффективна. Лечение затягивается на длительное время, часто наступает функциональная гибель яичка. Поэтому общепрактикующий врач, наблюдая за ходом консервативного лечения, должен не забывать о разумных пределах консерватизма. Если инфильтрат имеет сливной характер, в процесс вовлекается кожа и под влиянием массивной лекарственной и физиотерапии не наступает обратного развития инфильтрата, больного надо направить хирургам-урологам для хирургического лечения. Рассечение воспалительных инфильтратов, насечки на белочной оболочке и дренирование создают условия для более благоприятного течения воспалительного процесса, ускоряют выздоровление, снижают опасность функциональной гибели яичка. Всегда нужно помнить о вторичных воспалительных процессах у больных с опухолями яичка. В этом случае при неэффективности консервативного лечения показана ревизия мошонки.

Приапизм

Это тяжелое патологическое состояние, проявляющееся стойкой, мучительной и болезненной эрекцией, возникающей спонтанно или после полового акта и длящейся более 4 часов. Приапизм не сопровождается либидо и сексуальной стимуляцией. Причины возникновения разнообразны. Раньше часто отмечались случаи лекарственного приапизма, наступающего в результате введения в кавернозные тела полового члена папаверина и других средств с целью вызвать эрекцию.

В основе приапизма лежит патологическое переполнение кавернозных тел венозной застойной кровью, довольно быстро свертывающейся и превращающейся в сгустки. Если не предпринять неотложных мер к освобождению кавернозной ткани от этого венозного полнокровия путем пункции кавернозных тел и аспирации крови, восста-

новлению нормального кровотока в течение первых 24 часов заболевания, то неизбежно наступает её рубцовое перерождение и гибель с последующим неизбежным развитием эректильной дисфункции.

Опасность заболевания состоит в том, что больные ввиду специфических особенностей болезни обращаются к врачу не сразу. Они сами пытаются устранить эрекцию применением холода, седативных средств, выжиманием крови из полового члена. И лишь потеряв в бесплодных попытках несколько часов, а чаще суток, они обращаются к врачу, который в ряде случаев также продолжает эти бесплодные попытки.

Тактика простая: не терять времени в бесполезных попытках продолжения консервативного лечения и немедленно направить больного к урологам для неотложной аспирации крови из кавернозных тел.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Диспансеризация – активный метод постоянного наблюдения за здоровьем определенных групп или всего населения. Для всего населения в целом это невозможно организовать по определенным причинам (кадры, техническая оснащенность), что подтвердило прошедшее время. Однако диспансеризация отдельных групп населения применяется достаточно широко. Как система она прочно утвердилась в онкологии, фтизиатрии и при систематическом наблюдении за беременными и детьми первых лет жизни, медицинском обслуживании инвалидов войн.

Роль общепрактикующего врача в диспансеризации

Главное в работе общепрактикующего врача – это знание состояния здоровья всех своих пациентов, систематическое наблюдение за ними, раннее выявление состояний предболезни и оздоровление всеми доступными средствами и способами.

Само понятие диспансеризации требует уточнения. Вряд ли возможна и необходима именно ежегодная и сплошная диспансеризация. Она должна быть постоянной и непрерывной, что возможно в случае, если диспансеризация будет обычным методом повседневной работы общепрактикующего врача, поскольку он будет лично ответственным за здоровье своих пациентов в широком смысле этого слова.

Самому слову «диспансеризация» также часто придают двойной смысл. С одной стороны, это широкое понятие, характеризующее и определяющее метод работы, а с другой, его употребляют в узком смысле, включающем только собственно наблюдение. Тогда так и говорят: «диспансерное наблюдение», «находится под диспансерным наблюдением» и т.д. Диспансеризация как метод работы должна быть основой всей функции общепрактикующего врача.

Частные вопросы диспансеризации

Эта часть диспансеризации требует более детального рассмотрения, поскольку она затрагивает такие конкретные вопросы, как определение, обоснование принципов формирования групп наблюдения, методы и сроки наблюдения, оценка динамических изменений и т.д.

Клиническая урология давно определила группы диспансерного наблюдения. Прежде всего, это группа больных с признаками предбо-

лезней, требующие повторных исследований. Далее это группа больных, у которых болезнь склонна к рецидивированию, что ставит задачу возможно раннего выявления этой опасности и её предупреждения. Следующие группы — больные с хроническими заболеваниями и неуклонно прогрессирующим течением, а также больные, требующие активных повторных курсов лечения и динамического наблюдения. В эти группы попадают многие урологические заболевания. Сами принципы диспансеризации остаются теми же, что и в других областях медицины.

Первая группа условно называется группой диагностической диспансеризации. Сюда относятся больные с гематурией, пиурией и другими признаками урологических заболеваний, требующими иногда длительной и повторной диагностики. Если у этих больных установить диагноз сразу не удастся, а симптомы заболевания налицо, тогда и возникает необходимость динамического наблюдения и активных повторных исследований.

Среди других симптомов иногда остается не расшифрованной гематурия, несмотря на использование всего арсенала методов диагностики. Источником гематурии, помимо терапевтических заболеваний типа гломерулонефрита или васкулита, являются заболевания предстательной железы, мочевого пузыря, мочеточников и почек. Заболевания мочевого пузыря удастся достаточно надежно подтвердить или отвергнуть при цистоскопии, что позволяет детально рассмотреть мочевой пузырь. Почечные причины, даже при полном однократном обследовании, могут остаться не расшифрованными. Динамическое диспансерное наблюдение предусматривает в таких случаях повторное обследование через 4-5 месяцев, включающее внутривенную урографию, УЗИ, клинические и биохимические исследования. Сопоставление данных повторных исследований позволяет уловить прогрессирующие изменения в почках, которые могли быть причиной гематурии, даже если она больше не повторялась. До установления причины гематурии снимать больного с диспансерного наблюдения нельзя. Устойчивая микрогематурия также требует расшифровки, поскольку она может быть первым симптомом опухолей мочевого пузыря и почек. Здесь требуется проведение цитологических исследований мочи и применение нового метода диагностики — фотодинамическая диагностика опухолей мочевого пузыря, которая значительно увеличивает выявляемость ранних опухолей мочевого пузыря. Уретральный источник гематурии исключается трехстаканной пробой. При отсутствии причин микрогематурии со стороны мочевого пузыря и предстательной железы необходимо выполнить повторные исследования по-

чек по той же схеме, что и при макрогематурии. Функции общепрактикующего врача в этих случаях сводятся к строгому контролю за проведением повторных исследований и оценкой их результатов.

В первую группу относятся и больные с упорной, не поддающейся первичной диагностической расшифровке пиурией. Таких диагнозов, как «хроническая пиурия», «бессимптомная пиурия» не должно быть, это признак ИМП. Особенно это относится к детям, где пиурия (лейкоцитурия) часто является единственным симптомом неблагополучия и подозрительна на аномалии развития органов МПС. Общепрактикующий врач должен объяснить родителям возникшую ситуацию и добиваться вместе с ними уточнения диагноза. Подобная ситуация может возникать и у взрослых – жалоб нет или они крайне неопределенны, а пиурия есть. Взрослые пациенты при отсутствии других признаков болезни более склонны отрицать наличие болезни и сами не всегда проявляют настойчивость в выяснении причин пиурии. Такие пациенты должны быть направлены к урологу. Однако и там первичное обследование, включающее различные методы, не всегда выявляет источник и причину пиурии, вследствие чего неизбежно возникает группа лиц с так называемой «пиурией невыясненной этиологии». Возникает сложная ситуация – у больного кроме «плохих» анализов мочи часто более ничего не беспокоит, общепрактикующий врач уже выполнил свою функцию – направил к урологу, уролог также вроде все сделал и «ничего не нашел». В таком случае нельзя, чтобы пациент выпадал из поля зрения врачей. Для того чтобы убедиться в истинности и стойкости пиурии выполняются пробный курс противовоспалительного лечения и повторные исследования мочи, взятой с соблюдением всех предосторожностей от загрязнения (тщательное обмывание головки полового члена у мальчиков и мужчин и преддверия влагалища у женщин и девочек, взятие для исследования средней порции мочи, в сомнительных случаях – взятие мочи катетером). Исследование проводят несколько раз с промежутками в 8-10 дней и затем с промежутками в 1,5-2 месяца. Учитывается количественная динамика лейкоцитурии на фоне лечения и без лечения. Если пациент принимает лечение, исследование мочи проводят до и после курса лечения. Необходимо в первую очередь исключить туберкулез, при котором в начальных стадиях других симптомов, кроме пиурии, может не быть. Затем нужно исключить все факторы, вызывающие застой мочи на всех уровнях мочевого тракта и поддерживающие вялотекущие малосимптомные или бессимптомные воспалительные заболевания. Чаше других причин здесь возможны нарушения уродинамики с остаточной мочой на уровне мочевого пузыря и лоханки (аномалии

ЛМС, нефроптоз, невидимые быстро растущие камни лоханки или чашек, не вызывающие интенсивных болей). Решение этих задач требует расширения объема повторных исследований, включения специальных методов. При отрицательных результатах исследование через полгода необходимо повторить. Необходимо наблюдение за количественной динамикой лейкоцитурии, что достигается исследованием мочи по Каковскому – Аддису или Нечипоренко. Даже когда источник и причина пиурии найдены, иногда полностью ликвидировать пиурию невозможно. Такое может наблюдаться после операций на почке по поводу МКБ, у мужчин – после аденомэктомии, у детей – при неустраняемых факторах обструкции мочевых путей. Это нужно объяснить больному и родственникам и проводить длительное противовоспалительное лечение.

Следующую диспансерную группу будут составлять женщины с дизурическими расстройствами, учащенным мочеиспусканием, чувством неполного опорожнения мочевого пузыря, неприятными ощущениями внизу живота и т.д. Как указывалось ранее, это не всегда «цистит». Ни при цистоскопии, ни при исследовании мочи очевидных признаков цистита не обнаруживается. Такая противоречивая картина иногда ставит врача в тупик, создает конфликтные ситуации взаимного недоверия – врач не находит причин дизурии, больная теряет доверие к врачу. При последующих исследованиях снова убеждаются в отсутствии признаков воспаления мочевого пузыря и пытаются найти другие причины дизурии. В этих случаях ранее урологи устанавливали диагноз «цисталгия», который в сущности ничего не объяснял и не расшифровывал, что связано с гормональными нарушениями и хроническими заболеваниями женских половых органов. У таких женщин обязательно исследуются гормоны и проводится тщательное гинекологическое обследование. При данном состоянии процесс локализуется в более глубоких слоях стенки мочевого пузыря, в результате слизистая остается интактной и при цистоскопии она выглядит неизменной. По этой же причине отсутствует и лейкоцитурия. Глубокое залегание зоны патологических изменений делает течение заболевания крайне упорным, а лечение, часто достаточно интенсивное и настойчивое, включающее инстилляции и промывания мочевого пузыря, гормональные и противовоспалительные препараты, физиотерапию, не всегда оказывается эффективным. В данном случае часто идет речь о гиперактивном мочевом пузыре, при котором эффективны такие препараты как оксibuтинин (дриптан, новитропан), детрузитол, везикар. В большинстве случаев в перименопаузе дает эффект местная гормонотерапия эстрогенами (овестин, эстриол, фемостон) с учетом

лабораторно подтвержденных нарушений гормонального фона больной.

Диспансеризацию онкоурологических больных, определение сроков контрольных обследований проводят специализированные онкодиспансеры и онкоурологические отделения. Врачу необходимо учитывать, что все онкоурологические заболевания подлежат комплексному лечению, включающему хирургические, лучевые, химиотерапевтические, гормональные и другие методы. Особенности здесь следующие: опухоли мочевого пузыря имеют очень высокую склонность к рецидивированию, а это определяет частоту цистоскопического контроля, опухоли яичка – это инвалидизирующее заболевание молодых людей, отсюда необходим тщательный контроль за этими больными. То же относится и к опухолям почек.

Особую группу диспансерного наблюдения будут составлять молодые и средних лет мужчины, перенесшие ушиб яичка. После разрешения травматического орхоэпидидимита такие больные подлежат систематическому наблюдению – осмотру каждые 4-5 месяцев в течение 1,5-2 лет. Его может выполнять общепрактикующий врач. Суть в том, что травма яичка – один из факторов, провоцирующий развитие в дальнейшем его опухоли. Появление в ходе наблюдения увеличения яичка или дополнительного уплотнения в нем требует немедленной консультации онкоуролога или уролога. Опухоли яичка – очень коварное злокачественное заболевание. Оно протекает первое время безболезненно, что притупляет бдительность больных, оттягивает их обращение к врачу, хотя опухоль за короткие месяцы может дать множественные метастазы и стать неоперабельной, когда возможно только симптоматическое лечение. Диспансерное наблюдение и самообследование больных может выявить это опасное заболевание в ранних стадиях.

Больные туберкулезом органов МПС лечатся и находятся под диспансерным наблюдением в специализированных противотуберкулезных учреждениях по принятым в них схемам. За общепрактикующим врачом остается общий контроль за регулярностью наблюдения и обследования.

Кроме этих двух специализированных групп, есть еще ряд других урологических заболеваний, требующих диспансерного наблюдения, организуемого уже непосредственно общепрактикующим врачом.

При МКБ необходимость взятия на диспансерное наблюдение чаще возникает в послеоперационном периоде и обусловлена высокой частотой рецидивирования. Поскольку возникновению рецидивов

способствуют в основном неустранимые нарушения обмена веществ и сопутствующий пиелонефрит, за ними и надлежит установить динамическое наблюдение. В Республике Беларусь имеется возможность обследования и коррекции нарушений обмена пуринов, оксалатов, кальция и фосфора на базе ЦНИЛ БелМАПО, где рекомендуется обследовать больных после удаления камня. Проводится систематическое исследование мочи каждые 1,5-2 месяца, что позволяет контролировать проводимое после устранения камня лечение на дому. Правильное профилактическое лечение будет проводиться в соответствии с солевым составом осадка, pH мочи и чувствительности возбудителя пиелонефрита. Рентгенологический контроль выполняют в виде обзорной рентгенографии мочевых путей через 4-5 месяцев. Формирование камня – лишь эпизод в течении МКБ. Диспансерное наблюдение позволяет предотвращать рецидив или обнаружить его на самой ранней стадии, когда возможно более щадящее лечение, выявить факторы, способствующие повторному камнеобразованию, и по возможности устранять их. При раннем обнаружении рецидивов можно применить такие щадящие методы, как дистанционное и контактное камнедробление, а при уратном литиазе – попытки их литолиза.

Нуждаются в диспансерном наблюдении больные пиелонефритом. Особенность пиелонефритов – склонность к переходу болезни в хронические формы. При остром пиелонефрите воспалительный процесс локализуется в интерстициальной ткани. Нарушается крово- и лимфообращение, что препятствует в ходе лечения созданию высоких концентраций лекарственных средств и быстрому обратному развитию межуточных воспалительных инфильтратов. Есть еще одна особенность – медикаментозное лечение довольно быстро устраняет или резко снижает основной внешний признак пиелонефрита – пиурию, выявляемую при обычном исследовании мочи. Однако это еще не выздоровление. Воспалительный процесс в межуточной (интерстициальной) ткани к этому времени еще не излечен, хотя при ОАМ он уже не проявляется. Нужны специальные приемы – преднизолоновый тест или исследование мочи на скрытую пиурию по методу Каковского – Аддиса или Нечипоренко. Поэтому больные, перенесшие острый пиелонефрит, должны состоять под диспансерным наблюдением и лечением после нормализации температуры и общего анализа мочи до исчезновения скрытой пиурии. Иначе пиелонефрит останется неизлеченным, может перейти в хроническую форму. Функции общепрактикующего врача будут включать проведение амбулаторного лечения, назначенного при выписке из стационара, и контроль за динамикой воспалительного процесса, что достигается повторным исследованием

мочи на скрытую пиурию до и после каждого цикла медикаментозного лечения, которое обычно длится месяцами. Только исчезновение скрытой пиурии будет свидетельствовать о полном выздоровлении и возможности снятия больного с наблюдения. Общепрактикующий врач должен знать, что такое выздоровление достигается не легко. Иногда требуется длительное (месяцами) лечение прерывистыми курсами со сменой препаратов при систематическом контроле.

Диспансерному наблюдению подлежат больные с ХПН, независимо от этиологического фактора, которым могут быть поликистоз, гломерулонефрит, пиелонефрит, МКБ, гидронефроз, врожденные аномалии и т.д. Факт наличия ХПН будет установлен урологами или нефрологами по данным комплексного исследования, включающего изотопную ренографию, различные, подчас очень сложные, функциональные пробы, лабораторные и рентгенологические данные.

У общепрактикующего врача не всегда будет возможность выполнять полный комплекс таких исследований. Да это каждый раз и не надо делать. Полное обследование нужно проводить через 5-6 месяцев, а при благоприятном течении ХПН и реже. При промежуточном контроле можно ограничиться сравнительным исследованием плотности мочи, содержания остаточного азота, мочевины и креатинина. Снижение плотности мочи и нарастание азотемии будет свидетельствовать о неблагоприятной динамике в течении ХПН, что потребует коррекции или активизации лечения. Следовательно, задача общепрактикующего врача в применении к этой группе диспансерных больных будет состоять в своевременном выявлении отрицательной динамики в функции почек и привлечении соответствующих специалистов для более активного лечения. В ходе развития ХПН почти неизбежно наступает время, когда для ее лечения требуется включение таких инвазивных методов, как гемодиализ и пересадка почки.

Для ДГП характерно протяженное по времени стадийное развитие и различия в подходах к лечебной тактике в зависимости от стадии болезни. Болезнь развивается медленно, однако, в конце концов, приводит к декомпенсации функции мочевого пузыря, проявляющейся ХЗМ, к возникновению циститов и пиелонефритов, к нарушению функции ВМП. Задачи диспансерного наблюдения будут состоять в том, чтобы вовремя заметить и выявить признаки надвигающихся осложнений. Об отрицательной динамике в течение болезни свидетельствует увеличение числа ночных мочеиспусканий, нарастание количества остаточной мочи, появление пиурии, появление или нарастание азотемии, стойкое уменьшение плотности мочи, появление со стороны крови признаков воспалительных заболеваний (лейкоцитоз, СОЭ, из-

менения формулы белой крови). В ходе диспансерного наблюдения все эти параметры необходимо исследовать каждые 5-6 месяцев, если, конечно, не возникают ситуации, требующие внеплановых обследований и принятия мер (ОЗМ, высокая лихорадка).

В настоящее время максимально переключаются лечебные функции на поликлинику, оставляя для стационара только специализированное лечение, требующее применения методов и средств, недоступных поликлинике. Такая постановка вопроса значительно расширяет диапазон лечебной работы общепрактикующего врача, в том числе и в области урологии. Врач общей практики должен соблюдать принципы диспансерного наблюдения урологических больных и контролировать их амбулаторное лечение. Даже далеко не полный перечень урологических заболеваний, требующих диспансерного наблюдения показывает, насколько важны знания по урологии для общепрактикующего врача.

ДИЕТА, ФИТОТЕРАПИЯ И САНАТОРНО – КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Диетические рекомендации урологическим больным

Важнейшей особенностью работы общепрактикующего врача является долечивание больных, подвергнутых хирургическим вмешательствам, но не нуждающихся более в стационарной специализированной помощи. Многие из таких больных требуют постоянного наблюдения, коррекции их состояния, поддерживающего или противорецидивного лечения. Ни короткий курс стационарного лечения, ни выполненная операция, как правило, не дают полного выздоровления и требуют дополнительного домашнего лечения для закрепления результатов. При выписке из стационара больной получит основные рекомендации на ближайший период. Однако реализация этих рекомендаций и их постоянная коррекция будут находиться в компетенции общепрактикующего врача. В данном разделе речь пойдет о режиме питания и диетотерапии. Что же касается лечения травами – оно очень популярное, наряду с санаторно-курортным лечением.

Считается заблуждением использовать при заболеваниях почек и в меньшей мере при заболеваниях мочевого пузыря запретительно – ограничительный подход, который повлеч за собой завышенную оценку диеты как лечебного средства при урологических заболеваниях. В большинстве случаев необходимо обычное, разнообразное, витаминизированное, полноценное по калорийности и набору продуктов питание без каких-либо специфических особенностей, связанных с основным заболеванием. Характер питания определяет общее состояние больного. Пища должна быть легко усвояемой, хорошо витаминизированной, включать достаточно полноценных белков, жиров и углеводов, свежие овощи и фрукты. Питание должно быть полноценным во всех отношениях.

Исключение составляет МКБ, диатез, острые и хронические воспалительные заболевания почек, особенно в тех случаях, когда развивается ХПН. Однако в этих случаях речь скорее идет не о строгой диетотерапии, а об устранении вредного влияния тех или иных компонентов пищи на течение заболевания.

Чаше чем при других заболеваниях вопросы о характере питания возникают у больных МКБ и мочевыми диатезами. Больных волнуют вопросы о том, как избавиться от «солей в моче» и избежать при наличии диатеза формирования камня, как остановить рост уже

имеющегося камня или даже способствовать его растворению или отхождению, как избежать повторного возникновения камня после его самостоятельного отхождения или удаления хирургическим путем. Только диетотерапией излечиться от МКБ нельзя, так как это полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание. При диетотерапии МКБ речь идет основном о борьбе с диатезами как об одной из главных составляющих патогенеза камнеобразования. Под влиянием питания изменяется реакция мочи, которая способствует или препятствует выделению солей с мочой. При устойчивом равновесии обменных процессов в организме моча имеет нейтральную реакцию (рН 6,4-6,6), увеличение рН выше 7 означает сдвиг в щелочную сторону, снижение ниже 6,4-5,5 – сдвиг в слабокислую и 5,5-5,0 и ниже – в выраженную кислую сторону. В щелочной среде выпадают в осадок фосфаты кальция и карбонаты, в слабокислой – оксалаты кальция и в кислой – ураты. Эти данные определяют характер питания при МКБ и диатезах. Вид диатеза зависит от уровня потребления тех или иных продуктов питания. Так как оба звена камнеобразования (реакция мочи и солевой осадок) взаимосвязаны, алиментарный фактор оказывается тем общим звеном, на который может влиять врач.

Различают три основных вида мочевых диатезов (кристаллурия): фосфатурию, оксалурию и уратурию (соответственно и камни: фосфаты, оксалаты и ураты). Однако состав камней никогда не бывает однородным. На разрезе камня можно видеть десятки разнородных слоев, что подчеркивает неустойчивость солевого состава и реакции мочи.

Диатез как устойчивое явление можно диагностировать лишь после неоднократного лабораторного подтверждения характерных для диатеза изменений реакции и осадка мочи. Кроме того, неумеренными и длительными диетическими воздействиями один диатез может легко перейти в другой. Отсюда следует вывод, что должно быть разнообразное полноценное питание, обеспечивающее сбалансированный обмен веществ, препятствующее избыточному выведению солей с мочой и поддерживающее её устойчивую слабокислую реакцию.

Строгие рекомендации по питанию больного возникают тогда, когда диатез носит устойчивый характер и угрожает первичным или рецидивным камнеобразованием. Но и в этих случаях применение строгой диеты должно постоянно контролироваться исследованием реакции мочи и солевого осадка мочи. Как только достигается положительный устойчивый результат, надо переходить от однообразной диеты на разнообразное питание.

Фосфатурия. Проявляется выпадением в осадок фосфата кальция и магния в щелочной моче ($pH > 7,0$). Повлиять на фосфатурию можно, изменяя реакцию мочи в кислую сторону, что препятствует выпадению фосфатов в осадок. Рекомендация ограничивать поступления кальция в организм в настоящее время не поддерживается, так как кальций в кишечнике связывает оксалат и не дает ему всасываться. Ощелачивающим действием обладают молочные продукты, яйца, овощи и фрукты, их следует ограничивать. Ограничиваются острые приправы, пряности, алкоголь. В рационе должны преобладать продукты, окисляющие мочу: говядина, телятина, свинина, печень, мозги, рыба, овсяная, пшенная, манная и рисовая крупы. Обильное питье способствует ощелачиванию мочи (мочи должно выделяться не менее 2 литров в сутки), сухоядение – окислению. Фосфатурия при щелочной моче на фоне ИМП наиболее опасна после удаления камня, поскольку создает условия для быстрого рецидива камнеобразования. Поэтому должно проводиться активное лечение антибактериальными препаратами, в соответствии с посевом мочи, активные диетические воздействия, медикаментозное и санаторно-курортное лечение.

Оксалурия. В ее основе лежит усиленный синтез щавелевой кислоты, во многом связанный с алиментарным фактором, и выпадение в осадок солей оксалата кальция. Благоприятствующей для выпадения оксалатов средой является pH мочи 5,5-6,4. Углеводы повышают синтез щавелевой кислоты на 15-20%, а пурины являются основным строительным материалом.

Нужно исключить такие богатые щавелевой кислотой продукты, как шавель, шпинат, ревень, инжир, какао, шоколад. Ограничению подлежат свекла, смородина, томаты, бобы, желатин, аскорбиновая кислота, углеводы. Исключаются продукты животного происхождения, богатые пуринами: печень, почки, мозги, язык, студни и заливные, бульоны, икра, копчености. Мясо рекомендуется в отварном виде. Нежелательны пряности, острые приправы.

Способствуют выведению оксалатов в растворенном состоянии яблоки, груши, сливы, изюм, виноград. Ингибитором кальция является магний, содержащийся в хлебе из муки грубого помола (с отрубями), овсяной, гречневой, пшенной и перловой крупе. Мочи должно выделяться более 2 литров в сутки. Вода способствует вымыванию оксалатов в растворенном виде, уменьшает возможность выпадения их в осадок за счет снижения концентрации и умеренного ощелачивания мочи.

Уратурия. В генезе уратурии участвуют как алиментарные, так и обменные факторы, с возрастом частота возрастает. Рекомендуется

ограничить энергоемкость питания и уменьшить синтез пуринов. Поскольку выпадение солей мочевой кислоты в осадок происходит в резко кислой среде (рН 5,5-5,0), необходимо также активное ощелачивание организма.

Очень много пуринов в почках, печени, мозгах, языке, сардинах, шпротах, телятине, свинине, жирном мясе курицы и индейки. В растительной пище их много в бобовых, цветной капусте, салате, редисе, грибах. Надо помнить, что при варке продуктов до 50% пуринов переходит в бульон. По пути исключения и ограничения этих продуктов и должна строиться диета при уратурии. Для ощелачивания мочи рекомендуется молочно-растительная диета, щелочные воды, увеличение диуреза за счет приема брусничных и клюквенных напитков, отвара шиповника, чая с лимоном. Полезны разгрузочные дни: 400-500 г творога, 1-1,5 кг фруктов и овощей + 1,5-2 л воды. Разгрузочные дни позволяют уменьшить энергоемкость питания и улучшить обмен.

Диетотерапия используется и при воспалительных заболеваниях. Особенно это касается соли и белка. Существует необходимость ограничения этих компонентов питания при гломерулонефритах и других заболеваниях, сопровождающихся отечным, гипертензивным синдромом и нарушением функции почек.

При воспалительных заболеваниях почек и мочевого пузыря (пиелонефриты, циститы) подход иной. Умеренное ограничение соли и соленых продуктов логически оправдано только в острых стадиях пиелонефрита и цистита, сопровождающихся дизурией, так как соль может её усилить. Если у больного высокая температура, обильное потоотделение, то организм теряет много соли и эти потери нужно восполнять. Могут усиливать дизурию пряности, острые приправы, экстрактивные вещества. Их также следует ограничивать в остром периоде воспалительных заболеваний.

Что касается белков, содержащихся в мясной пище, их ограничение логично лишь на тех стадиях заболеваний почек, когда уже возникают признаки ХПН. Уместно также ограничение экстрактивной части мясной пищи при острых пиелонефритах и циститах. То же касается копченостей, острых приправ, алкоголя. При всех заболеваниях почек пища должна быть витаминизирована.

При воспалительных заболеваниях мочевого пузыря погрешности в диете провоцируют дизурию. Поэтому при острых циститах требуется ограничение или даже полный запрет на копчености, соленья, консервы, острые соусы и приправы, острые бульоны, алкоголь. При щелочных циститах назначают питание, способствующее окислению мочи.

Фитотерапия

Высокая популярность этого вида лечения требует знания врачом общей практики принципов фитотерапии урологических заболеваний. Фитотерапия применима при лечении воспалительных заболеваний, мочевых диатезов и МКБ, реже – при ДГП. Фитотерапия заболеваний почек известна давно, имеются многочисленные книги по фитотерапии. Однако можно применять только аптечные наборы трав. Популярность лечения травами имеет свою объективную основу. Больные уверены, что травы не обладают токсичностью химических лекарственных средств и их можно применять более длительное время. Лечение травами оправдано там, где требуется длительное применение лекарств для поддержания и сохранения эффекта, проведенного ранее интенсивного лечения.

Поводом для применения лекарственных трав может служить необходимость поддержания длительного умеренного диуретического эффекта «для промывания почек и мочевого пузыря», длительного «лёгкого» антисептического воздействия или борьбы со слизееобразованием в мочевых путях. Такая необходимость чаще возникает при хронических пиелонефритах и циститах, в особенности возникающих после удаления камней, аденомэктомии и других хирургических вмешательств на мочевом пузыре. Они протекают длительно, сопровождается хронической лейкоцитурией, выделением слизи, трудно поддаются обычному медикаментозному лечению, часто обостряются.

В настоящее время известно несколько десятков трав с мочегонным и противовоспалительным эффектом, применяемых для лечения заболеваний почек и мочевого пузыря. Они обычно применяются в сборах, в виде почечного или мочегонного чая.

К преимущественно мочегонным травам относят полевой хвощ, горец птичий, плоды можжевельника, грыжник гладкий, корень солодки, листья березы. Листья черной смородины кроме диуретических свойств способствуют выведению из организма солей щавелевой кислоты. Комплексным антисептическим и диуретическим действием обладают лист толокнянки, листья брусники, трава чистотела, листья эвкалипта, петрушка, тысячелистник, крапива, спорыш, зверобой, цветы василька. В изолированном виде можно применять отвар травы зверобоя, листьев толокнянки, листьев брусники, черной смородины, калины, полевого хвоща и петрушки, кукурузных рылец. Некоторые травы обладают и спазмолитическим действием, поэтому их назначают для облегчения отхождения мелких камней из почек и мочеточников. Это ягоды можжевельника, листья мяты перечной, тмин, чистотел, кукурузные рыльца. Специфическим действием растворения сли-

зи в мочевых путях обладает отвар листьев эвкалипта, ромашка и петрушка. Бактериостатическим и диуретическим действием обладают бруснично-клюквенные морсы, которые можно рекомендовать для длительного (3–4 месяца) применения при хронических пиелонефритах. Показано, что такое же длительное применение настоя листьев толокнянки позволяет получить положительный эффект при хронических пиелонефритах и циститах.

Отмечено также влияние некоторых трав на обменные нарушения при МКБ и pH мочи. Толокнянка, например, нормализует обмен кальция. Настой из брусничных листьев и толокнянки снижает уже через 3–4 недели плазматическую концентрацию мочевой кислоты, снижает кислотность мочи, что может быть полезным при уратурии.

Таким образом, фитотерапия расширяет возможности врача, прежде всего в лечении хронических воспалительных заболеваний, когда требуется длительное воздействие, а применение медикаментозных средств неэффективно или нежелательно.

С давних времен растительные экстракты использовались при лечении расстройств мочеиспускания у больных, страдающих ДГП. Для приготовления фитотерапевтических препаратов наиболее часто используются такие растения, как *Serenoa repens*, *Sabal serrulata*, *Nyctoxis rooperi*, *Urtica dioica*, *Cucurbita pepo*, *Pygeum africanum*, *Populus tremula*, *Echinacea purpurea*, *Secale cereale*. Наиболее хорошо изученными препаратами этой группы являются экстракты пальмы *Serenoa repens* и дикой камерунской сливы *Pygeum africanum*. Материалы о клиническом использовании лекарственных препаратов из другого растительного сырья относительно немногочисленны, разрозненны, в большинстве случаев выполнены без плацебо – контроля. С позиций доказательной медицины они не могут считаться достоверными.

Фитотерапевтические средства обладают многофакторным действием. Для большинства из них активное действующее начало не установлено, недостаточно изучен механизм действия, поэтому говорить о едином механизме действия не представляется возможным. Считается, что эффективность указанных средств определяется содержанием в них фитостеролов и жирных кислот.

Препараты из *Serenoa repens* (пермиксон, простамол – уно и др...) обладают свойством ингибировать 5 α -редуктазу и ингибировать пролиферацию простатического эпителия, индуцированного факторами роста. Кроме того, было отмечено противовоспалительное и противоотечное действие экстрактов, обусловленное их способностью подавлять синтез простагландинов путем ингибирования фосфолипа-

зы А₂, влиять на сосудистую фазу воспаления, проницаемость капилляров, сосудистый стаз.

Препараты из *Rugeum africanum* (таденан и др...) ингибируют патологический рост фибробластов, наблюдаемый в присутствии факторов роста. Декларируется противовоспалительное действие, влияние их на регенерацию клеток железистого эпителия и секреторную активность простаты, уменьшение гиперактивности, возбудимости детрузора и его склонности к склерозированию при инфравезикальной обструкции.

Исследования показали клиническое улучшение у пациентов с ДГП после применения вышеуказанных препаратов: уменьшение частоты дневного и ночного мочеиспускания (на 20-50%), увеличение максимальной объемной скорости потока мочи (на 10-40%), уменьшение количеств остаточной мочи (на 15-50%). Достоверного уменьшения размеров простаты не отмечено. При сочетании растительных экстрактов с уроантисептиками или антибиотиками отмечен более выраженный положительный эффект у больных ДГП, сопровождающийся хроническим простатитом. Об эффективности лечения данными препаратами судят не ранее чем через 3 месяца после его начала. При наличии эффекта последующая терапия – длительная. Препараты растительного происхождения могут применяться в урологической практике в качестве профилактических средств у больных с начальной стадией ДГП с сопутствующим хроническим простатитом. Влияния на сексуальную функцию не зарегистрировано. Лечение этими препаратами не вызывает каких – либо серьезных нежелательных реакций.

Санаторно – курортное лечение

Вера урологических больных в курортное лечение настолько велика, что большинство из них после удаления камня или после стационарного лечения по поводу пиелонефрита неизбежно зададут врачу вопрос: куда, на какой курорт лучше поехать? Такой же вопрос можно ожидать от тех больных, которым операция по поводу МКБ не рекомендована специалистами или нежелательна по соображениям самого больного. Большой интерес к этому методу лечения проявляют больные ХПН и мочеполовым туберкулезом.

При МКБ и воспалительных заболеваниях почек больные свято верят в могущественное влияние на почки курортных вод, которые «промывают» почки и оказывают на них «чудодейственное» лечебное влияние. При мочеполовом туберкулезе и ХПН больные обоснованно уповают на сухой климат знаменитого курорта Байрам-Али.

Вера больных в эффективность курортного лечения имеет определенные основания. Больные красочно рассказывают о том, что на курорте он «родил» камень мочеточника или что уехал на курорт с плохими анализами мочи, а вернулся – с хорошими. Больные в поликлиниках разносят эти рассказы и поддерживают веру в курортное лечение, особенно там, где пациент уже разуверился в эффективности других методов лечения, испытав их на себе. Способствуют популярности курортного лечения при болезнях почек и многочисленные публикации в прессе. Как только где-то возникает новый бальнеологический курорт со «своей» минеральной водой, он оценивается, прежде всего, как почечный и уже потом как желудочно-кишечный или печеночный. Поскольку при нынешней технике почти все санатории добывают «свою» минеральную воду, а почечная модель проверки ее полезности или безвредности остается наиболее простой и доступной. Если брать такие очевидные критерии, как диурез и pH мочи, практически все бальнеологические курорты числятся в качестве почечных. Немалое влияние на подобный подход оказывает и тот очевидный факт, что на такие широко известные курорты, как Трускавец, Железноводск, Джермук, Саирме и др., может попасть крайне малая часть желающих и нуждающихся. Поэтому вполне естественно возникает желание заменить их местными, более доступными курортами. Конечно, имеют значение и другие лечебные факторы курортного лечения, доступные всем санаториям и курортам (ЛФК, лечебное питание, физиотерапия, грязелечение и т.д.). Каждый больной понимает, что нахождение в санатории дает ему возможность пройти комплексное лечение, которую не могут обеспечить ни стационар, ни поликлиника.

Наибольшая известность в качестве урологических курортов принадлежит курортам Трускавец, Железноводск, Ессентуки, Кисловодск, Саирме, Джермук. Менее известны курорты Березовский, Бирштонас в Литве, Исти-Су и Кала-Аты в Азербайджане и др...

Мочекаменная болезнь. Чаше других болезней поводом для санаторно – курортного лечения бывает МКБ и воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря, предстательной железы. Вопросы лечения больных туберкулезом органов МПС решают специализированные противотуберкулезные учреждения, поэтому рассматривать их в применении к функции общепрактикующего врача не имеет смысла.

Разнообразие форм и стадий МКБ и локализации камней предопределяет соответствующее разнообразие тактики курортного лечения. Первая группа больных с небольшими камнями почек, размером до 5-6 мм. В этом случае всегда имеется надежда на самостоятельное

отхождение камня, если камень не поддается ДЛТ. Такие камни, если они не фиксированы в чашках почки и нет сужений по ходу мочеточников, что устанавливается при урологическом обследовании, в значительном числе наблюдений отходят самостоятельно. В таких случаях оправданы рекомендации о лечении на курорте. Поскольку главными факторами, способствующими отхождению камней, являются увеличение диуреза, спазмолитический и частично обезболивающий эффект, в таких случаях показано лечение на курортах Трускавец, Железноводск, Бирштонас, Исти-Су, Кала-Аты. Вода из источников этих курортов обладает названными свойствами. Кроме того, на всех этих курортах организовано грязелечение, общее бальнеологическое лечение, физиотерапия.

Нельзя направлять на курорт больных с камнями мочеточника, вызывающими частые приступы почечной колики с подъемом температуры тела. В таких случаях при форсированном диурезе на курорте может возникнуть опасность уросепсиса. Нецелесообразно направлять на курорт больных, у которых имеется камень в мочеточнике, который не продвигается и фиксирован на одном месте в течение длительного времени. В этих случаях санаторное лечение редко оказывается эффективным.

Вторая группа – это больные после ДЛТ или открытой операции по поводу камня почки, мочеточника или мочевого пузыря. В этом случае возникает довольно острая проблема метафилактики – предупреждения частых рецидивов камнеобразования. Курортное лечение преследует здесь цель обеспечить вымывание из мочевых путей песка, иногда остающихся после операции небольших фрагментов конкрементов (ложные рецидивы), слизи, уменьшение воспаления. Пригодны практически все бальнеологические курорты, особенно те, где вода обладает выраженными диуретическим и противовоспалительным эффектами. «Промывание» мочевых путей и противовоспалительный эффект – главные факторы метафилактики рецидивного камнеобразования. Наиболее оптимальным сроком направления больных на курортное лечение считается срок через 1,5-2 месяца после ДЛТ или операции.

Третью группу составляют больные с большими коралловидными камнями почек. Таких больных по ряду причин (опасения больных, сложность операции, почти неизбежный рецидив) не всегда подвергают хирургическому лечению. Коралловидному нефролитиазу в подавляющем большинстве случаев сопутствует пиелонефрит. Здесь логично направление на курорты, воды которых обладают выраженным противовоспалительным действием: Железноводск, Джермук,

Саирме, Исти-Су. Курорты могут быть рекомендованы после открытых и малоинвазивных нефроскопических операций по поводу коралловидных камней.

Следующая группа больных – больные с уратными камнями. Уже более ста лет известно растворяющее действие щелочных вод на такие камни. В последние десятилетия предложены различные камне-растворяющие смеси (блемарен), действие которых основано на ошелачивании мочи. В большинстве случаев это разнообразные варианты цитратных и содовых растворов. Больным с уратными камнями, которым рекомендуется литолитическая терапия, для усиления действия медикаментозного ошелачивания целесообразно рекомендовать лечение на курортах, воды которых обладают таким же свойством (Боржоми и Ессентуки, источник № 4 и № 17, Джермук, Саирме).

В последние годы в связи с широким внедрением в практику таких малоинвазивных методов лечения МКБ, как ДЛТ и контактная уретеро- и нефролитолапаксия, показания к санаторно – курортному лечению расширяются. Сейчас почти все камни почек и мочеточников, если нет противопоказаний, даже в случае возможной предстоящей операции, подвергаются попытке ДЛТ. Успех ДЛТ при камнях размером до 1,5 см достигает 75-80%. Однако успех не всегда означает полное освобождение от камня. В ряде случаев это более или менее радикальная фрагментация камня, но с неполным отхождением фрагментов. Здесь показания для курортного лечения абсолютные, так как оно будет способствовать отхождению фрагментов раздробленного камня. Иногда после ДЛТ видимой фрагментации нет, но при форсированном диурезе на курорте может проявиться скрытая фрагментация с распадом камня и отхождением фрагментов. То же касается больных после контактной нефролитолапаксии, когда в полостной системе почки остаются или могут остаться фрагменты раздробленного камня.

Многих больных волнуют стойкие диатезы как предвестники и основа первичного или рецидивного камнеобразования. Основная роль в ликвидации или хотя бы коррекции диатезов принадлежит, понятно, диетотерапии. Однако в комплексе метафилактики должно присутствовать и санаторно-курортное лечение. Больных с уратурией и оксалурией можно направлять практически на все бальнеологические курорты. При уратурии предпочтительнее курорты с ошелачивающим действием вод (Боржоми, Ессентуки, Саирме, Джермук). Хотя воды Трускавецких источников, в том числе и знаменитая «Нафтуся», практически не действуют на рН мочи, они полезны при обоих

диатезах, так как способствуют за счет форсированного диуреза вымыванию солей и поддержанию их в растворимом состоянии.

С большой осторожностью нужно направлять на курорт больных с упорной фосфатурией, так как обычно имеется ИМП, сопровождающейся щелочной реакцией мочи. Считается, что только вода Кисловодского курорта из источника «Доломитный нарзан» или Смирновская вода Железноводского курорта обладают выраженными свойствами окисления мочи. Однако при высоком pH мочи и на этих курортах не всегда удается добиться снижения pH и окисления мочи. Здесь необходимо длительное антибактериальное и противовоспалительное лечение, устранение факторов риска МКБ.

Воспалительные заболевания. Вторую категорию больных, которым может быть полезно лечение на курорте, составляют больные с хроническими воспалительными заболеваниями почек, мочевого пузыря и предстательной железы. Пиелонефриты, циститы и простатиты широко распространены. Достаточно сказать, что до 15% женщин во время беременности и после родов страдают пиелонефритами, до 15-20% женщин в менопаузе и пожилом возрасте болеют циститом, большинство аномалий почек, МКБ, ДГП, другие состояния, вызывающие нарушения уродинамики, часто сопровождаются развитием пиелонефрита.

Как и при МКБ, при воспалительных заболеваниях больные свято верят во «всесилие» курортного лечения. Хронические воспалительные заболевания имеют рецидивирующее и упорное течение и иногда не поддаются лечению обычными методами. В этих условиях больные видят в курортном лечении последнюю надежду на исцеление. Хронические пиелонефриты, циститы у женщин, хронические простатиты у мужчин иногда длятся, несмотря на лечение, годами, выбивают из жизненной колеи, приводят к инвалидности, тяжелым социальным и семейным проблемам.

Учитывая хроническое течение этих заболеваний, госпитализация больных в большинстве случаев не показана. Большинство пациентов неизбежно будут находиться под постоянным наблюдением и лечением у общепрактикующего врача, составляя одну из групп диспансерного наблюдения. Общепрактикующий врач сможет лучше других специалистов определить в каждом конкретном случае место и время санаторно-курортного лечения.

Основанием для активного включения курортных факторов в комплекс лечения хронических воспалительных заболеваний органов МПС является установленное свойство многих минеральных вод улучшать кровоснабжение почек, разжижать и вымывать слизь, улуч-

шать уродинамику за счет антиспазматического и анагезирующего действия. Этими свойствами обладают минеральные воды всех уже названных курортов.

Нельзя сказать, что механизм положительного действия санаторно – курортных факторов на воспалительный процесс всюду раскрыт достоверно и найден однозначный ответ. В одних случаях это гипотонические свойства воды и связанные с этим форсированный диурез и активное дренирование почечных структур, в других – сернистые и магниевые-кальциевые комплексы, в третьих – нафталановые радикалы, в четвертых – термальные факторы. При всем разнообразии воздействий удается установить положительную динамику таких объективных показателей, как пиурия, альбуминурия, показателей осморегулирующей функции почек, данных ренографии и т.д.

Как и при МКБ, необходимо учитывать комплексность курортного лечения, включающего прием минеральных вод, грязелечение, бальнеотерапию, физиотерапию, климатическое лечение, определенную диету. Поэтому рекомендации санаторно – курортного лечения при воспалительных заболеваниях мочевых путей будут вполне оправданными.

При направлении больного на санаторно – курортное лечение нужно помнить о том, что большинство хронических пиелонефритов и циститов имеют вторичный характер, часто сочетаются с МКБ и различными факторами нарушения уродинамики. Опыт показывает, что при наличии камней почек и мочевого пузыря воздействие санаторно-курортного лечения на пиелонефрит и цистит невелико, а точнее – проблематично. Поэтому при наличии вторичных воспалительных заболеваний нужно сначала устранить их причину. Курортное лечение так называемых калькулезных пиелонефритов и циститов более целесообразно назначать и рекомендовать не до удаления камня, а после него. То же касается цистита на почве ДГП. Неустраненная инфравезикальная обструкция также сводит на нет эффективность курортного лечения.

При выборе курорта необходимо учитывать pH мочи. При ее устойчивой кислой реакции можно рекомендовать практически все бальнеологические курорты (Трускавец, Железноводск, Бирштонас, Миргород, Саирме, Джермук, Кала-Аты, Ессентуки, Исти-Су). При устойчивой щелочной моче зона рекомендаций резко суживается. Для таких больных подходят Кисловодск и Железноводск, а также местные санатории, вода которых обладает окисляющими мочу свойствами. В целом же курортное лечение пиелонефритов и циститов при устойчиво щелочной моче малоэффективно, поэтому рекомендовать та-

ким больным курортное бальнеологическое лечение не всегда целесообразно, так основой здесь является антибактериальное лечение, назначенное после посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

Большие сложности для общепрактикующего врача будут создавать мужчины, страдающие хроническим простатитом. Болезнь часто длится многие годы, трудно поддается лечению, часто рецидивирует. Разуверившиеся в медикаментозном и физиотерапевтическом лечении, страдающие физически из-за постоянных «нудных» болей и морально из-за эректильной дисфункции, больные настойчиво добиваются санаторно-курортного лечения.

Почти то же самое можно сказать о таком психологически изнуряющем заболевании, как «цисталгия» у женщин. Не угрожая жизни и не представляя большой опасности для общего здоровья, постоянные расстройства мочеиспускания, неприятные ощущения в области мочевого пузыря и уретры выбивают женщин из жизненной колеи. По резистентности к лечению, длительности течения, частому рецидивированию, это заболевание у женщин вполне можно сравнить с хроническим простатитом у мужчин. Отчаявшись и потеряв веру в проводимое лечение, женщины часто ставят вопрос о санаторно-курортном лечении как о последней надежде. В этих случаях нужно иметь в виду, что вышеуказанные симптомы могут быть лишь субъективным урологическим проявлением хронических заболеваний женской половой сферы, хронических аднекситов, эндометритов, гормональных расстройств. Поэтому и лечение должно проводиться комплексно. Из санаториев наиболее подходят Саки с их мощными естественными лечебными факторами — термальными водами и грязями. Другие, в том числе и местные, санатории могут быть полезными только при обеспечении активного местного комплексного лечения. Обязательным считается включение в комплекс лечения гормональных препаратов, однако для этого необходимо исследование гормонального фона женщины и исключение опухолевых процессов в щитовидной, молочной железе и женских половых органах.

Санаторно-курортное лечение не является панацеей. Оно занимает скромное место в общей схеме лечения, особенно когда речь идет о длительно текущих хронических заболеваниях. При такой постановке вопроса несбывшиеся надежды и разочарования в курортном лечении будут восприниматься больным и проше, и безболезненнее.

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Временная нетрудоспособность

Определение степени утраты трудоспособности больным – дело ответственное и индивидуальное. Однако есть и среднестатистические ориентиры по основным урологическим заболеваниям, которыми следует руководствоваться в повседневной работе.

При **остром неосложненном пиелонефрите** средняя длительность больничного листа с учетом лечения в стационаре и поликлинике равна 17-18 дням, на стационар приходится 12-13 дней. Однако это не означает, что наступает полное выздоровление. Имеется в виду, что за это время восстанавливается трудоспособность, нормализуются температура тела, основные показатели мочи (лейкоцитурия) и крови (СОЭ, лейкоцитоз). Предполагается, что больные могут дальше продолжать лечение без больничного листа. Течение заболевания контролируется систематическим исследованием мочи на скрытую пиурию по методу Нечипоренко и Каковского – Аддиса. При обострении хронического пиелонефрита средняя длительность временной нетрудоспособности увеличивается до 22-23 дней.

При **остром неосложненном цистите**, средняя длительность нетрудоспособности 7-9 суток. За это время при активном лечении удастся ликвидировать или уменьшить до минимальных пределов остроту главного симптома – учащенного и болезненного мочеиспускания. Обычно используется короткий (5-7 дней) курс антибактериальной терапии. При отсутствии положительной динамики требуется поиск осложняющего фактора и посев мочи (через 2 недели). Иногда требуется госпитализация. После закрытия больничного листа необходим контрольный ОАМ, иногда внутримышечные инстилляции, тепловые и физиотерапевтические процедуры.

Острый орхоэпидидимит, как правило, требует госпитализации в среднем на 16-17 дней, общая же длительность нетрудоспособности равна в среднем 24-25 дням. Лечение длительно, преследует цель максимального рассасывания воспалительного инфильтрата и уменьшения болезненности. Для ускорения выздоровления используется физиотерапия. В некоторых резистентных к терапии случаях в дальнейшем может возникать необходимость в хирургическом вмешательстве. Срочная эпидидимэктомия или эпидидимотомия (рассечение придатка) значительно сокращает общую длительность времен-

ной нетрудоспособности и улучшает функциональные результаты лечения. Показания к операции возникают и при неэффективности консервативного лечения, что может быть при опухоли яичка. В качестве критериев выздоровления и восстановления трудоспособности используют показатели обратного развития воспаления – уменьшение или исчезновение отека и гиперемии мошонки, припухлости придатка и яичка, болезненности при пальпации. При этом необходимо учитывать специфику работы больного, которая может оказать решающее влияние на определение степени нетрудоспособности: сидячая спокойная работа или тяжелый физический труд, связанный с поднятием тяжестей, резкими движениями, возможностью ушибов.

Мочекаменная болезнь. Наиболее частое проявление – почечная колика. Даже после купирования колики в ближайшие часы после ее окончания остается последствие, длящееся 6-7 и более дней. Часто это довольно интенсивные ноющие боли, повышение температуры тела, общее недомогание, вызванное лоханочно-почечными рефлюксами и их последствиями. Поэтому даже самый благоприятный вариант, закончившийся купированием колики и отхождением конкремента в амбулаторных условиях, требует выдачи больничного листа на 5-6 дней. Длительность консервативного лечения в стационаре достигает 12-13 дней. При применении ДЛТ сроки временной нетрудоспособности уменьшаются до 7 суток, что является преимуществом данного метода. При хирургическом лечении сроки временной нетрудоспособности удлиняются до 40-42 дней.

Более сложная ситуация возникает при сочетании МКБ с вторичными воспалительными заболеваниями почек и мочевого пузыря. В этих случаях лечение длительное и соответственно увеличивается в среднем в 1,5 раза и длительность временной нетрудоспособности. При МКБ именно её воспалительные осложнения будут определять длительность амбулаторного лечения, как при консервативном лечении, так и после хирургического лечения.

Причинами временной нетрудоспособности при гидронефрозе обычно являются почечная колика и пиелонефрит. Острый пиелонефрит в условиях нарушения уродинамики обычно протекает с выраженными общими явлениями: ознобами, высокой температурой, интоксикацией. Отсюда длительность временной нетрудоспособности при консервативном лечении может продолжаться до 20 дней, а при хирургическом – до 30-35 дней.

Стойкая утрата трудоспособности – инвалидность

Общепрактикующий врач, не будучи дополнительно подготовленным по всем болезням, в том числе и по урологическим, не может сам в полном объеме решать проблемы трудовой экспертизы. Однако знать критерии оценки степени утраты трудоспособности общепрактикующий врач обязан. Вопросы стойкой утраты трудоспособности решаются по медицинским критериям, а также с учетом конкретных условий трудовой деятельности больного. Пациент должен осознать неизбежность временной или даже постоянной смены привычной работы и адаптироваться к новым условиям.

При заболеваниях почек, сопровождающихся нарушениями функции или таящих угрозу таких нарушений, при стойком болевом синдроме или гипертонии, рецидивировании - противопоказана постоянная работа в условиях высоких и низких температур, высокой влажности, а также работа, связанная с высоким физическим напряжением и воздействием ряда токсических веществ, имеющих нефротропное действие.

При заболеваниях мочевого пузыря, сопровождающихся частым мочеиспусканием, связанным с органическим уменьшением его емкости на почве туберкулеза, интерстициального цистита, после обширной резекции, даже при общем удовлетворительном состоянии может оказаться невозможным продолжение работы, связанной с необходимостью участия в непрерывных рабочих циклах, превышающих по длительности частоту мочеиспускания.

При экспертизе нетрудоспособности и переводе больного на инвалидность вследствие урологических заболеваний, общепрактикующий врач будет преследовать две цели. Во-первых, освободить пациента от несовместимой с его физическим состоянием работы. Во-вторых, создать для него наиболее благоприятные условия, защищающие от опасности рецидивов и быстрого прогрессирования болезни и создающие максимальные возможности для реабилитации и возвращения если не к полной работоспособности, то хотя бы к меньшей степени инвалидности.

При установлении инвалидности III группы общепрактикующий врач может определить как степень стойкой утраты трудоспособности, так и возможную ее динамику в лучшую или худшую сторону. Он может прогнозировать или снятие группы при целенаправленном успешном лечении, или увеличение степени инвалидности и соответственно группы. Общепрактикующий врач может уберечь пациента от психологической инвалидизации, ухода в болезнь и отрицательного отношения к труду. Инвалиды II-III работающей группы часто выпа-

дают из поля зрения врачей. Попросту говоря, их перестают после назначения группы инвалидности лечить, чем и поддерживают стремление части из них «удержаться» в группе. Если больные до установления инвалидности часто обращаются к врачу (ежемесячно), то после установления инвалидности – редко. Такого не должно быть. Интересы больного и врача могут не совпадать, однако врач всегда должен руководствоваться главной целью – восстановить здоровье пациента и вернуть его к труду.

По стойкости инвалидности урологические заболевания находятся на одном из первых мест, а по выраженности положительных тенденций в состоянии здоровья – на одном из последних. Полная медицинская и профессиональная реабилитация инвалидов по урологическим заболеваниям достигается лишь в 2%, т.е. в 2,5-3 раза реже, чем у инвалидов по другим заболеваниям. Доля урологических заболеваний в первичной инвалидности составляет от 1,5 до 4%. Из них опухоли – 35-40%, пиелонефриты и их последствия – 21-25%, МКБ – 14-16%, туберкулез – 12-15%. Злокачественные опухоли приводят к инвалидности около 30% больных, туберкулез – свыше 40%, МКБ – около 2%. 90-95% лиц, получающих инвалидность – это лица трудоспособного возраста, а доля инвалидности I и II групп достигает более 60%.

Для соответствия степени потери трудоспособности условиям труда пациента общепрактикующему врачу надо также знать утвержденные градации тяжести работы. Тяжелой считается работа, связанная с систематическим физическим напряжением, частым переносом тяжестей весом свыше 10 кг, затратой энергии больше 250 ккал/ч. К умеренно тяжелой относится работа, связанная с постоянной ходьбой, переносом тяжестей весом менее 10 кг, затратой энергии 150-250 ккал/ч. Легкая работа – это работа, связанная с переменой положения тела, ходьбой без физической нагрузки и тратой энергии до 150 ккал/ч. Конечно, в этих характеристиках много условного. Что касается оценки тяжести умственного труда, там еще больше условности и субъективизма, связанного с отсутствием объективных критериев для оценки объема и степени сложности перерабатываемой информации, сложности и ответственности принимаемых решений.

Экспертизу степени утраты трудоспособности и перевод человека на инвалидность производят МРЭК. Правом же направления на МРЭК наделены больницы и поликлиники, рабочим органом которых является врачебная контрольная комиссия (ВКК). В условиях поликлиники в настоящее время первичная инициатива направления больного на ВКК и МРЭК исходит от участкового врача или врача общей

практики. В соответствии с установленным порядком на экспертизу могут быть направлены больные, нетрудоспособные непрерывно в течение 4 месяцев или 5 месяцев с перерывами за последний год. Этим самым предполагается, что одна из медицинских инстанций (больница, поликлиника, участковый врач) уже лечила и наблюдала больного достаточно длительное время, фактически уже признала переход временной в стойкую нетрудоспособность и бесперспективность ближайших попыток восстановления трудоспособности и возвращения больного к привычному труду и подтвердила свое решение на ВКК. Направление на МРЭК преследует цель экспертным путем проверить правильность этого решения и закрепить или отвергнуть его. С этих позиций понятно место общепрактикующего врача в экспертизе стойкой утраты трудоспособности. Если вопрос о направлении на ВТЭК будет решаться в больнице, он остается косвенно в стороне, если же на поликлиническом этапе, он неизбежно должен выступать первым инициатором направления больного на экспертизу.

Установленные сроки (4 и 5 месяцев) для принятия решения о безуспешности лечения будут не обязательны для тех случаев, при которых состояние необратимости потери трудоспособности определяется сразу. В урологии такая ситуация может возникать при удалении одной из почек по поводу травмы, опухоли, туберкулеза, гидронефроза, пионефроза и при наличии к этому времени заболевания другой почки с нарушением функции, а также при выявлении опухолей почки, яичка, предстательной железы, когда к моменту их обнаружения имеются уже множественные метастазы. То же касается внезапно наступившей декомпенсации латентно протекающей или ранее не диагностированной ХПН, а также больных, у которых исход и прогноз определяются сразу и продление их временной нетрудоспособности нецелесообразно и бесперспективно.

Исключения в противоположную сторону допускаются при туберкулезе почек, где ВКК может продлить срок временной нетрудоспособности до 10 месяцев. И хотя мочеполовой туберкулез протекает по другим законам, чем туберкулез легких, это положение распространяется и на него.

Степень утраты трудоспособности и степень инвалидизации больного от урологических заболеваний в преддверии направления его на МРЭК определяется регламентирующими документами, которые всегда должны быть на рабочем месте. Нетрудоспособность – это невозможность вследствие медицинских или социальных противопоказаний продолжать привычную профессиональную деятельность. Инвалидность – это такое состояние физических и духовных сил че-

ловека, при котором в связи со стойкими нарушениями функций организма (болезнь, увечье, дефект развития) трудовая деятельность может осуществляться при определенных условиях или она невозможна вообще.

Медико-биологический фактор объединяет характер заболевания (излечимость, обратимость его последствий), степень и стойкость выраженности нарушения функций, адаптационные и компенсаторные возможности больного органа, системы и в целом организма, клинический прогноз заболевания.

Социальный фактор — это условия труда и быта, характер работы и требования, предъявляемые работой к организму больного, психологические особенности личности больного и его установка на труд.

Общие положения общепрактикующий врач должен применить на конкретном больном с определением соответствия или несоответствия состояния его здоровья привычной производственной деятельности, имея в виду, что обращение в ВКК о направлении больного на МРЭК, в сущности, является просьбой установить больному инвалидность. Это сразу же ведет к резкому изменению социального положения человека в обществе. Установление инвалидности I, II и III групп не однозначно как по правовому положению, так и по социальному обеспечению. Поэтому от полноты, глубины и достоверности данных о степени нарушения функций и о несовместимости их с характером работы пациента, представленных общепрактикующим врачом, будет зависеть решение последующих инстанций (ВКК, МРЭК). ВКК более тщательно проверяет характер и содержание трудовой деятельности пациента. МРЭК будет сопоставлять все данные и проводить экспертизу, но основные первичные материалы будет формировать общепрактикующий врач.

В материалы для экспертизы должны быть включены в первую очередь оценка формы и стадии основного заболевания, степень функциональных потерь и их последствия для всего организма, степень дезадаптации в системе человек — работа с всесторонним учетом особенностей работы и её условий.

Для большинства урологических заболеваний основным фактором инвалидности является нарушение функции одной (если она единственная) или обеих почек и связанное с этим развитие ХПН, приводящей к грубым нарушениям гомеостаза и биохимического равновесия. При поражении одной почки и наличии второй здоровой нарушение функции больной почки долгое время нивелируется второй и к серьезным нарушениям трудоспособности не приводит. Однако до-

вольно часто основные почечные заболевания, к которым можно отнести пиелонефрит, МКБ, туберкулез, поликистоз, поражают обе почки, что приводит к нарушению общей функции почек. Поэтому в материалах, направляемых на ВКК, а затем и на МРЭК, нужно отразить как суммарную функцию обеих почек, так и функцию каждой почки в отдельности.

Суммарную функцию почек можно оценить по результатам пробы Зимницкого и Реберга, по уровню содержания остаточного азота и креатинина в плазме крови, по уровню диуреза и содержанию мочевины в суточной моче, по состоянию осморегулирующей функции почек, по результатам клиренсовых проб (в основном по клиренсу эндогенного креатинина).

Данные о функции каждой почки в отдельности получают на основе результатов хромоцистоскопии, изотопной ренографии и динамической сцинтиграфии, внутривенной урографии.

Морфологическое состояние почек оценивают по результатам УЗИ, компьютерной томографии, а чаще по результатам рентгенологических исследований – обзорной и внутривенной урографии, восходящей пиелографии и ангиографии.

Полученные данные лучше всего соотнести с классификацией ХПН, предложенной Н.А. Лопаткиным и И.Н. Кучинским, которая отражает стадийность в течении и развитии почечной недостаточности и позволяет более правильно учесть и оценить тяжесть общего заболевания и резервные возможности организма больного.

Первая (латентная) стадия клинически почти ничем не проявляется. Диурез в пределах нормы. Проба Зимницкого – норма. Концентрация гемоглобина в ОАМ более 110 г/л. Азотемии нет. Мочевина крови до 8,8 ммоль/л. Креатинин до 0,18 ммоль/л. Более углубленное обследование выявляет клубочковую фильтрацию по креатинину 45-60 мл/мин. Отсутствуют метаболические нарушения и электролиты крови в норме. Больших потерь в трудоспособности еще нет, поэтому оснований для направления на МРЭК и перевода на инвалидность не имеется. Однако о профилактике инвалидности уже пора подумать. На данной стадии целесообразно решать вопросы трудоустройства больных с учетом максимально возможного исключения неблагоприятных факторов в работе, которые могут способствовать быстрому прогрессированию ХПН.

Вторая стадия (компенсированная). Появляется диспепсия, сухость слизистых, вялость, утомляемость. Появляется легкая полиурия (более 40 мл./1 кг. веса.). Удельный вес мочи по пробе Зимницкого до 1012-1016, разница между максимальной и минимальной плотностью

мочи менее 8 единиц. Концентрация гемоглобина 100-110 г/л, клубочковая фильтрация 30-40 мл/мин, мочевины крови до 11 ммоль/л, креатинин 0,2-0,28 ммоль/л. В этой стадии противопоказан тяжелый и средней тяжести труд и труд, связанный с нервно-психическим перенапряжением. Необходимо ограничение объема работы и в доступных профессиях. Больных надо направлять на МРЭК.

Третья стадия (интермиттирующая). Наступает постепенное неуклонное необратимое ухудшение функции почек. Больного беспокоит слабость, головная боль, нарушения сна, жажда, тошнота, одышка, отеки. Возникает выраженная полиурия. Удельный вес мочи стойко снижается до 1008-1012 (гипоизостенурия), клубочковая фильтрация 20-30 мл/мин, появляется азотемия – мочевины 11-19 ммоль/л, креатинина 0,3-0,6 ммоль/л. Развивается анемия – гемоглобин 90-100 г/л., повышается АД, происходит дальнейшее ухудшение общего состояния. В этой стадии необходимо направление на МРЭК для установления группы инвалидности. Труд возможен только в специально созданных условиях и надомный.

Четвертая стадия ХПН делится дополнительно еще на 5 подгрупп и означает терминальное состояние функции почек, резкое нарушение всех их составляющих. Нарастают уровни мочевины и креатинина, удельный вес мочи снижается до 1005-1007. Полиурия переходит в олигурию, присоединяются сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Это – тяжело больные инвалиды. В компенсированном состоянии допускается работа в специально созданных условиях, но в большинстве случаев такие больные полностью нетрудоспособны, а многие из них нуждаются в постороннем уходе (I группа). Определяются показания к хроническому гемодиализу, а для некоторых больных и пересадке почки, что позволяет удержать, хотя бы временно, часть из них на II группе инвалидности с разрешением ограниченного труда в специально созданных условиях.

Состояние мочевого пузыря и уретры оценивают по такому обобщенному показателю, как характер мочеиспускания по всем его составляющим – частота днем и ночью, объемная скорость, наличие или отсутствие затруднений, полнота опорожнения мочевого пузыря, задержка и недержание и т.д.

Объективные данные получают, исследуя остаточную мочу (УЗИ или катетеризация), изучая уродинамику мочевого пузыря. Уретроцистография может выявить сужение уретры, изменения конфигурации мочевого пузыря и его емкости (сморщенный или атоничный мочевой пузырь). Для обоснования диагноза необходимы бактериологические, цитологические и морфологические исследования.

Однако с позиций оценки потери трудоспособности, независимо от диагноза на первое место ставят степень нарушения основных функций мочевого пузыря (в комплексе с уретрой) и их влияние на состояние трудоспособности.

Кроме функциональных потерь существенным фактором для инвалидности является склонность ряда урологических заболеваний к обострениям и рецидивам. В первую очередь это относится к пиелонефритам и циститам, простатитам, МКБ, опухолям мочевого пузыря. ХПН, сопутствующая многим урологическим заболеваниям, часто является главным фактором для инвалидности многих из них. Считается, что к редким обострениям воспалительных заболеваний нужно относить обострения не чаще одного раза в год, к обострениям средней частоты – 2 раза в год, к частым – 2-3 и более раз в год.

Нефрогенная гипертония является фактором, отягчающим многие урологические заболевания (МКБ, хронический пиелонефрит и ХПН, поликистоз, опухоли, нефроптоз и т.д.) и снижающим работоспособность и возможности адаптации в системе человек – работа.

Наибольшие трудности имеются при определении III группы инвалидности. Это так называемая рабочая группа и здесь требуется ограничение объема и смена профиля работы. На первое место обычно ставится вопрос о трудовых рекомендациях и рациональном трудоустройстве в связи с изменением профиля работы или ее интенсивности и объема, а также о сроках смены характера трудовой деятельности. Они могут быть временными и постоянными.

В соответствии с общими принципами определения инвалидности III группа устанавливается при невозможности дальнейшей работы по прежней профессии или должности и необходимости перевода по состоянию здоровья на работу по другой профессии или специальности с сокращением объема производственной деятельности и снижением квалификации, а также при невозможности трудоустройства ввиду болезни у лиц низкой квалификации или ранее не работавших.

Далее приводится перечень основных урологических заболеваний и состояний при них, которые подпадают под общие принципы и критерии установления III группы инвалидности. Прежде всего, это ХПН, осложняющая течение таких заболеваний, как хронический пиелонефрит, МКБ, гидронефроз, поликистоз, другие аномалии. Ни одно из этих заболеваний само по себе не может служить основанием для установления инвалидности. Однако возникновение осложнений меняет картину и дает основание для рассмотрения вопроса об инвалидности. При хроническом пиелонефрите такие основания возникают при частых рецидивах, приводящих к длительной временной не-

трудоспособности на сроки, превышающие 4 месяца и присоединение ХПН II стадии. В эту группу включается поликистоз, вопрос об инвалидности при котором возникает только с присоединением пиелонефрита и ХПН. При этом III группа инвалидности может быть установлена при частых рецидивах пиелонефрита и развитии ХПН II-III стадии.

Необходимость перевода на инвалидность III группы возникает у больных МКБ с рецидивными, особенно двусторонними, камнями почек при развитии у них ХПН II стадии и остающихся после операций свищей.

При гидронефрозе поводом для установления инвалидности III группы служит формирование свищей после пластических операций, отсутствие признаков восстановления оперированной почки при наличии признаков заболевания второй почки с нарушением ее функции по данным рентгенологических, изотопных исследований и хромоцистоскопии.

Есть группа заболеваний, при которых основанием для направления на МРЭК могут служить интенсивные боли, усиливающиеся при физических нагрузках у лиц, занятых тяжелым физическим трудом. Чаще всего это различные врожденные аномалии почек (S- и L-образная, галето- и подковообразная почка), при которых хирургическая коррекция не всегда возможна или, как это случается при нефроптозе, не всегда дает положительные результаты.

Существенными особенностями отличаются подходы в определении степени утраты трудоспособности при туберкулезе и опухолях почек. При туберкулезе разрешается продлевать временную нетрудоспособность до 10 месяцев. Считается, что в течение этого срока должно наступить выздоровление и больного можно снять с учета. Однако у части больных и после 10-месячного лечения, несмотря на бактериологическую санацию и ликвидацию специфических для туберкулеза морфологических изменений в почках, могут возникать неспецифические рубцовые изменения в почках и мочеточниках, сопровождающиеся нарушением функции почек. У части больных присоединяется неспецифический хронический пиелонефрит с частыми рецидивами. В этих случаях вполне оправдано установление III группы инвалидности. В целом у 25% больных с туберкулезом почек устанавливается инвалидность.

В среднем у 15-18% больных туберкулезом почек, несмотря на медикаментозное и хирургическое излечение процесса в почках, болезнь одновременно поражает и мочевого пузыря. «Излечение» мочевого пузыря от туберкулеза сопровождается развитием соединитель-

ной рубцовой ткани в толще его стенок, что неизбежно приводит к сморщиванию. Возникает синдром «сморщенного мочевого пузыря», резко уменьшается его емкость, а вместе с этим возникает учащенное, обычно не поддающееся лечебным воздействиям мочеиспускание. Если емкость мочевого пузыря меньше 50 мл, частота мочеиспускания может достигать 25 и более раз в сутки. Таких больных нужно также признавать нетрудоспособными и переводить на инвалидность. Инвалидность устанавливается у 40-41% больных туберкулезом мочевого пузыря с исходом в сморщивание.

При опухолях даже после успешного хирургического вмешательства продолжается комплексное лечение, включающее довольно токсичные химиотерапевтические средства и лучевое лечение, что резко ослабляет больных. Все это заставляет переводить больных на II группу инвалидности и лишь затем, при отсутствии местных и отдаленных метастазов, больных переводят на III группу инвалидности. После резекции мочевого пузыря и комплексной химиолучевой терапии возникают те же проблемы, что и при туберкулезе, — формируется «малый мочевой пузырь». Поэтому таких больных надо направлять на МРЭК для установления им III группы инвалидности. В целом устанавливается инвалидность до 30% онкоурологических больных.

Иногда возникает ситуация, когда определяется степень утраты трудоспособности у больных с оставшейся единственной почкой при условии, что процесс, вынудивший произвести нефрэктомиию контрлатеральной почки, на нее не распространялся. Долгое время считали, что при нормальной функции оставшейся почки больных надо признавать полностью трудоспособными. Однако в последнее время более тщательное изучение оставшейся почки показало, что она претерпевает серьезные структурно-морфологические и функциональные изменения. Вначале она проходит стадию так называемой рабочей гипертрофии и в течение 5-8 лет функционирует в ритме здоровой почки. Постепенно начинает развиваться ее функциональная недостаточность. Крайняя позиция в этом вопросе состоит в том, что всем больным с единственной почкой независимо от ее функционального состояния необходимо устанавливать инвалидность III группы. Однако такая точка зрения всеобщей поддержки не встретила. Более правильным будет провести углубленное тщательное исследование функции оставшейся почки, определить уровень клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, осморегулирующую функцию, сделать клиренсовые пробы и ренографию. Только при наличии нарушений функции будет оправданным установление III группы инвалидности. Более категорично и однозначно решается этот вопрос, если единст-

венная почка поражена пиелонефритом. В целом до 30% больных с единственной почкой становятся инвалидами III группы, они же составляют около 30% всех экспертиз, проводимых по поводу урологических заболеваний.

Нефроптоз, в целом не угрожающий жизни, может послужить поводом для установления III группы инвалидности при отсутствии эффекта от хирургического лечения, а иногда ухудшения состояния после операции, постоянных интенсивных болей, стойкой гипертонии.

II группа инвалидности устанавливается больным при полной постоянной или длительной потере трудоспособности вследствие нарушений функций организма, но не нуждающимся в постоянном постороннем уходе, а также, если все виды труда длительный период противопоказаны ввиду опасности ухудшения течения заболевания под влиянием неблагоприятных факторов производственной деятельности.

Под эти условия попадают больные с ХПН II-III стадий. Уремическая интоксикация, нарушения водно-электролитного обмена, развивающиеся сердечно-сосудистая, сердечно-легочная и печеночная недостаточность, поражение желудочно-кишечного тракта, нарушение со стороны нервной системы делают таких больных физически нетрудоспособными из-за общей слабости, быстрой утомляемости, нарушений умственной деятельности чаще всего в виде общей заторможенности. Известна также крайняя неустойчивость устанавливаемого в течении ХПН равновесия. Оно может быть нарушено в любой момент под влиянием охлаждения или перегрева, физического или умственного перенапряжения. Причем для этого иногда бывает достаточно самых небольших отклонений от привычного режима жизни. Вопрос об установлении пациенту инвалидности II группы может возникать в двух ситуациях: с одной стороны – при установлении первичной инвалидности и с другой – при ухудшении состояния больного вследствие неблагоприятного течения заболевания у инвалида III группы.

Так, при туберкулезе почек ВКК может продлевать временную нетрудоспособность на срок до 10 месяцев. Однако по истечении этого срока может оказаться, что санация почек от туберкулеза закончилась формированием ХПН III степени. Излечение мочевого пузыря от туберкулеза часто приводит к его сморщиванию и уменьшению емкости ниже 70-80 мл. 10-месячный срок лечения может завершиться нефрэктомией одной почки с нарушением функции остающейся. Во всех этих случаях необходимо направление на МРЭК для установления II группы инвалидности.

Значительный удельный вес в тяжелых формах первичной инвалидности занимают онкоурологические больные. Опухоли органов МПС занимают в структуре первичной инвалидности до 27%, а среди тяжелых форм – одно из первых мест. Объясняется это как тяжестью основного заболевания, так и поздней диагностикой – многие опухоли долго протекают бессимптомно. Запущенность среди онкоурологических заболеваний остается еще достаточно высокой.

Инвалидность II группы устанавливается больным с неоперабельными опухолями почек, после нефрэктомии по поводу опухоли почки, как при хорошем, так и при сомнительном прогнозе, при наличии метастазов в стадии относительной компенсации.

При раке мочевого пузыря практически все больные, подвергающиеся активным радикальным и паллиативным методам лечения (цистэктомия, пересадка мочеточников в кишечник или на кожу, лучевая и химиотерапия), подлежат переводу на инвалидность II группы. Во всех этих ситуациях тяжелая форма первичной инвалидности возникает сразу же с началом активного лечения.

При РПЖ и раке полового члена основанием для установления II группы инвалидности является появление метастазов даже при относительно компенсированном общем состоянии.

ДГП редко является поводом для установления инвалидности, поскольку болезнь, как правило, развивается уже в пенсионном возрасте. Однако ДГП встречается и у работающих мужчин. К переводу на инвалидность могут приводить такие осложнения, как сморщивание мочевого пузыря, стриктуры уретры, недержание мочи, стойкая, не поддающаяся лечению дизурия. Учитывая возраст, таким больным надо сразу устанавливать инвалидность II группы.

Травматические стриктуры уретры, как правило, требуют наложения высокого свища мочевого пузыря на все время лечения стриктуры. Таким больным также первично устанавливается II группа инвалидности на все время лечения. После излечения стриктуры возможно или полное снятие инвалидности, или перевод на III группу, поскольку полное выздоровление наступает не всегда, иногда остаются стойкие свищи, недержание мочи, стойкая дизурия.

Тяжелые формы вторичной инвалидности в практике общепрактикующего врача могут возникать при усугублении степени ХПН. Когда речь шла об отношении к III группе инвалидности, уже указывалось, что развитие ХПН I-II стадий может быть одним из оснований в комплексной оценке состояния больного для установления инвалидности. Прогрессирование ХПН до III стадии резко ухудшает общее состояние больных, делает их нетрудоспособными. Поэтому незави-

симо от основного заболевания таким больным нужно или устанавливать первично II группу инвалидности, или переводить в нее из III группы.

Наиболее частыми причинами развития ХПН III стадии являются двусторонние камни почек, первичный и особенно вторичный хронический пиелонефрит, заболевания единственной почки (камни, пиелонефрит), гидронефроз, поликистоз и другие врожденные аномалии.

I группа инвалидности устанавливается при полной постоянной или длительной потере трудоспособности больным, нуждающимся в повседневном систематическом постоянном уходе, помощи или надзоре. Такая же группа инвалидности устанавливается и тем больным, которые имеют стойкие, резко выраженные функциональные нарушения и нуждаются в постороннем уходе или надзоре, однако еще могут быть «приспособлены» к некоторым видам труда в специально созданных индивидуальных условиях.

Требования к установлению этой группы инвалидности определены и однозначны. Экспертиза на уровне общепрактикующего врача серьезных трудностей обычно не вызывает. Полная потеря трудоспособности с необходимостью постоянного ухода и помощи возникает у урологических больных при развитии ХПН IV стадии независимо от первопричины. Эта группа инвалидности устанавливается в терминальных стадиях инкурабельных онкоурологических заболеваний, сопровождающихся клиникой множественных метастазов – неукротимыми болями, кахексией, параличами и т.д. Некоторые возможности для домашнего труда у больных ХПН IV стадии при эффективном, удовлетворительно переносимом гемодиализе в определенной мере сохранены.

Экспертиза нетрудоспособности включает вопросы диспансеризации и реабилитации инвалидов. Особенно это касается инвалидов III работающей группы. В применении к ним диспансеризация включает такие активные компоненты, как помощь в рациональном трудоустройстве и активное лечение, имеющее целью восстановление трудоспособности или управление течением болезни в благоприятную сторону, стабилизация или даже улучшение органных и общих функций организма. Вместе с тем опыт показывает, что до 25% инвалидов III группы после решения МРЭК об установлении инвалидности не выполняют трудовых рекомендаций и устраиваются на противопоказанную для них работу, или остаются на прежней или аналогичной по условиям работе. Все это должен контролировать и корректировать общепрактикующий врач.

Диспансерный подход должен также препятствовать снижению активности лечения после установления группы инвалидности, что находит отражение в резком снижении активной обращаемости к врачу по инициативе больного. Лишь 40-45% инвалидов по урологическим заболеваниям состоят под диспансерным наблюдением и только 25% охвачено активными реабилитационными мерами. Необходимы меры, способствующие медицинской (физической и психологической) реабилитации и, в конечном счете, восстановлению полной трудоспособности или стойкому сохранению остаточной.

Возможности реабилитации у инвалидов II и I групп крайне ограничены, поскольку речь идет о стойких, в большинстве случаев необратимых, изменениях функции почек и других органов МПС и связанных с этим нарушениях общего состояния. У инвалидов II группы речь может идти о лечении, стабилизирующем функциональные нарушения, а у инвалидов I группы – о лечении, способствующем продлению жизни и уменьшению страданий у больных, состояние которых достигло терминальной стадии. При ХПН IV стадии применяются такие препараты, как хофитол, леспенефрил, трентал. Больные находятся на программном гемодиализе, некоторым пересаживается почка, если еще позволяет общее состояние. При онкоурологических заболеваниях используется симптоматическое лечение и обезболивание без ограничений из гуманных соображений.

Работа с инвалидами – это наиболее драматическая глава в деятельности общепрактикующего врача, требующая от него терпения, уравновешенности, выдержки, человечности и милосердия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнберг З.С. Неотложная урология. – М.: Московский рабочий, 1997. – 206 с.
2. Горбачев А.Г. Врачебно – трудовая экспертиза при урологических болезнях. – Л.: «Медицина», 1986. – 224 с.
3. Клепиков Ф.А. Неотложная помощь в урологии. – Киев: «Здоровье», 1988. – 160 с.
4. Пилотович В.С. Хроническая почечная недостаточность: – Мн.: Университэцкае, 1996. – 30 с.
5. Пытель Ю.А. Золотарев И.И. Неотложная урология. – М.: «Медицина», 1985. – 319 с.
6. Рациональная фармакотерапия в урологии: Рук. для практикующих врачей / Н.А. Лопаткин и др.; Под общ. ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. – М.: Литтерра, 2006. – 824 с.
7. Руководство по урологии: В 3 т. Т.1/Под ред. Акад. РАМН Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998. – 304 с.
8. Савченко Н.Е. Урология для общепрактикующего врача: Справочное пособие. – Мн: Беларуская навука, 1999. – 272 с.
9. Савченко Н.Е. Урология для семейного врача: Справочное пособие. - Мн.: Выш. Шк., 1991. - 237 с.
10. Султанов В.К. Исследование объективного статуса больного. – СПб: Питер Пресс, 1996. – 240 с.
11. Урология: Учеб. / Н.А. Лопаткин и др.; Под ред. Н.А. Лопаткина. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 520с.

Библиотека ВГМУ



Учебное издание

Жебентяев Андрей Александрович

УРОЛОГИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Пособие

Технический редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка УМИЦ ВГМУ

Подписано в печать 14.04.2004 г. Формат бумаги 64×84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times. Усл. печ. л. 8,1
Уч. изд. л. 6,09 Тираж 100 экз. Заказ № 598

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
Лицензия ЛИ № 232 от 30.04.2004

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете

210602, Витебск, Фрунзе, 27.